

Tilburg University

Belemmerende en bevorderende factoren voor hulp zoeken bij psychische klachten of verslaving

Bogaers, R. I.; Geuze, S. G.; van Weeghel, J.; Leijten, F. R. M.; van de Mheen, Dike; Varis, P. K.; Rozema, A. D.; Brouwers, E. P. M.

Published in:
Nederlands Militair Geneeskundig Tijdschrift

Publication date:
2021

Document Version
Publisher's PDF, also known as Version of record

[Link to publication in Tilburg University Research Portal](#)

Citation for published version (APA):
Bogaers, R. I., Geuze, S. G., van Weeghel, J., Leijten, F. R. M., van de Mheen, D., Varis, P. K., Rozema, A. D., & Brouwers, E. P. M. (2021). Belemmerende en bevorderende factoren voor hulp zoeken bij psychische klachten of verslaving: Focusgroepstudie vanuit meerdere perspectieven binnen de Nederlandse krijgsmacht. *Nederlands Militair Geneeskundig Tijdschrift*, 74(2), 103-114.

General rights

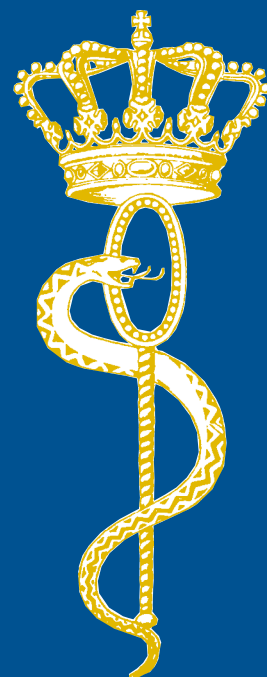
Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

NEDERLANDS MILITAIR GENEESKUNDIG TIJDSCHRIFT



VERSCHIJNT TWEEMAANDELIJKS
74e JAARGANG
MAART 2021 - NR. 2



MINISTERIE VAN DEFENSIE - DEFENSIE GEZONDHEIDSZORG ORGANISATIE



NEDERLANDS MILITAIR GENEESKUNDIG TIJDSCHRIFT

Uitgegeven door het Ministerie van Defensie
onder verantwoordelijkheid van de
Commandant
Defensie Gezondheidszorg Organisatie

HOOFDREDACTEUR

H. van der Wal
kolonel MHBA MHA EMSD

EINDREDACTEUR

A.H.M. de Bok
luitenant ter zee van administratie der
tweede klasse oudste categorie b.d.

LEDEN VAN DE REDACTIE

D.G.A. Knotnerus-Janssen
majoor-apotheker
E.G.J. Onnouw
kolonel-vliegerarts
R.A.G. Sanches
kapitein-luitenant ter zee-arts b.d.
F.J.G. van Silfhout
luitenant-kolonel-tandarts
N.R. van der Struijs
kapitein ter zee-arts
Prof. dr. H.G.J.M. Vermetten
kolonel-arts
Prof. dr. W.O. Zimmermann
luitenant-kolonel-arts

ADMINISTRATIE

majoor b.d. **A. Sondeijker**
secretaris NMGT
Postbus 90701, 2509 LS 's-Gravenhage
Telefoon 0165-300145
E-mailadres:
nmgmt@mindef.nl

AANMELDEN ABONNEMENT

Stuur uw NAW-gegevens en e-mailadres
waarop u het NMGT wenst te ontvangen
naar de secretaris NMGT, nmgmt@mindef.nl,
o.v.v. 'aanmelden abonnement NMGT'.

VOORBEHOUD

Plaatsing van een artikel in dit tijdschrift houdt niet in,
dat de inzichten van de schrijver worden gedeeld door
de Commandant Defensie Gezondheidszorg Organisatie
en de redactie.

Niets uit deze uitgave mag worden veeleenvoudigd
zonder schriftelijke toestemming van de redactie
van dit tijdschrift.

NETHERLANDS MILITARY MEDICAL REVIEW

Edited under the responsibility of the
Commander Defence Health Care Organisation
Postbox 90701, 2509 LS The Hague
(The Netherlands)

All rights reserved
ISSN 0369-4844



Van de redactie:	91
Aanmelden voor abonnement NMGT	114
Wenken voor inzenders van kopij	127

Mededelingen:

Inspecteur Militaire Gezondheidszorg	92
Nieuwsbrief DGO, januari 2021	119
Nieuwsbrief DGO, februari 2021	122

Oorspronkelijke artikelen:

Inspanningsgebonden hitteberoerte bij militairen door luitenant-kolonel-arts M.H. van Rijswijk, drs. L.R. van den Bersselaar, dr. K. Levels, prof. dr. M.T.E. Hopman, drs. N. Kruijt, dr. M.M.J. Snoeck, dr. T.M.H. Eijsvogels, dr. C.C.W.G. Bongers en dr. N.C. Voermans	93
--	----

Belemmerende en bevorderende factoren voor hulp zoeken bij psychische klachten of verslaving Focusgroepstudie vanuit meerdere perspectieven binnen de Nederlandse krijgsmacht door drs. R.I. Bogaers, dr. S.G. Geuze, prof. dr. J. van Weeghel, dr. F.R.M. Leijten, prof. dr. H. van de Mheen, dr. P.K. Varis, dr. A.D. Rozema en prof. dr. E.P.M. Brouwers	103
---	-----

Ondanks een verbeterde fysieke fitheid van rekruten die initieel onvoldoende fit waren, nog steeds een hoog risico op uitval – resultaten van een gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek (samenvatting en toelichting) door kapitein I. Dijkma MSc, luitenant-kolonel-arts prof. dr. W.O. Zimmermann, drs. D. Bovens, prof. dr. C. Lucas en dr. M.M. Stuiver	115
--	-----

Ontwikkeling en validatie van een predictiemodel om de individuele kans op uitval te voorspellen tijdens de mariniersopleiding (samenvatting en toelichting) door kapitein I. Dijkma MSc, dr. M.H.P. Hof, prof. dr. C. Lucas en dr. M.M. Stuiver	117
--	-----

Ingezonden mededelingen:

Bij- en nascholing van de Netherlands School of Public and Occupational Health	91,118
--	--------

CONTENTS

VOLUME 74 – MARCH 2021 – ISSUE 2



From the editor:	91
Sign up for subscription Netherlands Military Medical Review	114
Notices to authors	127

Announcements:

Inspector of Military Health Care	92
Newsletter Surgeon General, January 2021	119
Newsletter Surgeon General, February 2021	122

Original contributions:

Exertional heat stroke in soldiers by Lieutenant-colonel MC M.H. van Rijswijk, L.R. van den Bersselaar MD, K. Levels PhD, Prof. M.T.E. Hopman PhD, N. Kruijt MD, M.M.J. Snoeck PhD, T.M.H. Eijsvogels PhD, C.C.W.G. Bongers PhD and N.C. Voermans PhD	93
--	----

Barriers and facilitators for treatment-seeking for mental health conditions and substance misuse: multi-perspective focus group study within the military by R.I. Bogaers MSc, S.G. Geuze PhD, Prof. J. van Weeghel PhD, F.R.M. Leijten PhD, Prof. H. van de Mheen PhD, P.K. Varis PhD, A.D. Rozema PhD and Prof. E.P.M. Brouwers PhD	103
--	-----

Despite an improved aerobic endurance, still high attrition rates in initially low-fit recruits – results of a randomised controlled trial (summary) by Captain I. Dijkma MSc, Lieutenant Colonel MC Prof. W.O. Zimmermann PhD, D. Bovens MD, Prof. C. Lucas PhD and M.M. Stuiver PhD	115
--	-----

Development and validation of a dynamically updated prediction model for attrition from marine recruit training (summary) by Captain I. Dijkma MSc, M.H.P. Hof PhD, Prof. C. Lucas PhD and M.M. Stuiver PhD	117
---	-----

Paragraph advertisement:

The Netherlands School of Public and Occupational Health	91,118
--	--------

VOORPAGINA

Wat is inspanningsgebonden hitteziekte?

Hoe voorkom, herken en behandel je deze levensgevaarlijke ziekte?

Foto: Mediacentrum Defensie, sergeant-majoor Gerben van Es.

Beste lezers,

Was de eerste uitgave van 2021 (74-1) bijna geheel gewijd aan het thema 'maritiem militaire geestelijke gezondheidszorg', met daarnaast dan nog een korte blik op de poëziebundel van dr. Leo van Bergen, welke bundel nadien overigens nog ruim aandacht heeft gekregen in de Volkskrant van zaterdag 20 februari jl. onder de rubriek boeken, treft u thans in de voor u staande uitgave, zoals gebruikelijk, weer meer verscheidenheid aan.

Van de Inspectie Militaire Gezondheidszorg (IMG) hebben wij het toezicht/jaarplan 2021 ontvangen waarin u een opsomming aantreft van de onderwerpen waarop het te houden toezicht door deze inspectie is gericht.

Van luitenant-kolonel-arts Mark van Rijswijk, sportarts bij de afdeling Trainingsgeneeskunde en Trainingsfysiologie, treft u een interessant artikel aan over de inspanningsgebonden hitteberoerte die bij de krijgsmacht relatief vaak voorkomt.

Drs. Rebecca Bogaers, PhD-student, neemt u mee naar de mensen, waaronder ook veel militairen, die worden blootgesteld aan stressvolle factoren die een verhoging kunnen geven op het ontwikkelen van psychische klachten en/of verslaving, maar omdat men binnen de groep waartoe men behoort geacht wordt sterk en gezond te zijn, is het vaak moeilijk om hulp te zoeken.

Van kapitein Iris Dijkstra MSc, treft u een samenvatting aan met toelichting van een onderzoek over het verhoogde risico op blessures tijdens de initiële militaire opleiding dat geassocieerd kan worden aan een onvoldoende fysieke fitheid en over de voorspelbaarheid van uitval van militairen tijdens de initiële mariniersopleiding.

Ik wens u veel leesplezier,

*De Hoofddirecteur NMGT
Kolonel H. van der Wal
MHBA MHA EMSD*

MEDEDELING



Netherlands School of Public & Occupational Health



Klik voor meer informatie over elke nascholing of opleiding op de titel.

Inlichtingen: www.nspoh.nl, telefoon (030) 8100500, e-mail info@nspoh.nl

De nieuwe NVAB-richtlijn Conflicten in de werksituatie

Als (aspirant-)bedrijfsarts krijg je te maken met de richtlijn Arbeidsconflicten. Leer in 2 dagen over de verschillen met de STECR-werkwijzer uit 2014 en wat de rol van de bedrijfsarts is bij arbeidsconflicten.

Voor wie: bedrijfsartsen

Datum: 21 april en 2 juni 2021

Van burn-out naar veerkracht

Veerkracht en mentale weerbaarheid zijn belangrijke aspecten bij het voorkomen en bestrijden van burn-out. Zie je regelmatig cliënten met burn-out klachten op je spreekuur? En wil je leren hoe je burn-out verschijnselen kunt ombuigen naar veerkracht? Leer hoe je dit kunt gebruiken en benoemen in je advisering aan medewerker en leidinggevende.

Voor wie: bedrijfsartsen, verzekeringsartsen en A&O-psychologen

Datum: 21 april 2021

Refereermiddag oncologie

Tijdens een interactieve middag passeren de voornaamste behandelwijzen en interventies of re-integratiemogelijkheden van een aantal oncologische aandoeningen de revue.

Voor wie: bedrijfsartsen en verzekeringsartsen en bedrijfsarts consulenten oncologie die zich nader willen verdiepen in aspecten van oncologie in relatie tot arbeid

Datum: 5 mei 2021 (13.30-16.30 uur)

Opleiding Bedrijfsarts & consulent oncologie (BACO)

Nu de mogelijkheid om kanker te behandelen verbetert, keren steeds meer (ex-)kankerpatiënten terug op de werkvloer. Hun begeleiding vereist maatwerk. Als bedrijfsarts, verpleegkundig specialist oncologie, bedrijfsartsconsulent oncologie (BACO) of klinisch arbeidsgeneeskundige oncologie bied je een extra schakel in de zorgketen bij revalidering en re-integratie van (ex) kankerpatiënten.

Voor wie: gemotiveerde, geregistreerde en ervaren artsen en verpleegkundigen die zich nader willen verdiepen in de klinische arbeidsgeneeskunde oncologie

Datum: 10 mei, 7, 14 en 21 juni en 21 september 2021

Minisymposium transportgeneeskunde

Veilig transport door de lucht, over weg, spoor en water vereist gezonde werknemers. Blijf op de hoogte van actuele keuringseisen en gezondheidsrichtlijnen in de transportsector. Met name een vereiste voor de keuringsartsen scheepvaart. Na dit minisymposium is je kennis van transportgeneeskunde en keuringen weer up-to-date.

Voor wie: keuringsartsen uit alle vier sectoren in de transportgeneeskunde en andere geïnteresseerde artsen, arboprofessionals en arboverpleegkundigen

Datum: 25 mei 2021

Stoppen met roken: motiveren kun je leren

Training, voortbouwend op *Stoppen met roken: tabaksverslaving*, waarin je uitgebreid oefent met communicatieve vaardigheden. De focus ligt op communicatie volgens de "motiverende gespreksvoering".

Voor wie: praktijkondersteuners, (long)verpleegkundigen, doktersassistenten, huisartsen en andere zorgprofessionals die begeleiden bij stoppen met roken

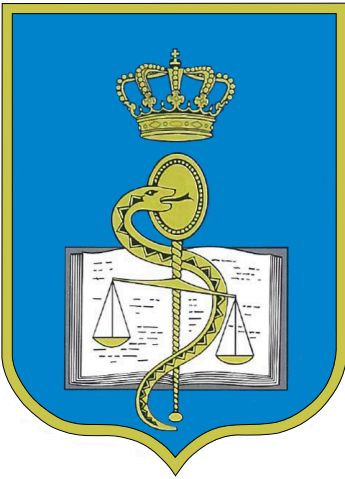
Datum: 27 mei 2021

Je werkdruk de baas!

Je maakt kennis met timemanagement, leert hoe je prioriteiten stelt en hoe je die moet bewaken. Je ontdekt welke factoren je planning verstoren en hoe je dat kunt voorkomen.

Voor wie: professionals in de public en occupational health
Datum: 3 juni 2021

Toezichtjaarplan 2021 Inspectie Militaire Gezondheidszorg



Op basis van de aanwijzing SG A/948 stellen de toezichthouders van Defensie vóór 1 oktober een toezichtjaarplan op voor het volgende jaar. Voor de Inspectie Militaire Gezondheidszorg (IMG) vormt dit een vast stramien. Eén van de uitgangspunten is dat zo veel als mogelijk aansluiting wordt gezocht bij algemene aandachtspunten van de civiele Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) en andere relevante externe toezichthouders zoals de Nederlandse Voedsel- en Warenautoriteit (NVWA) en de Autoriteit Nucleaire Veiligheid en Stralingsbescherming (ANVS). De IMG verwerkt hierbij de specifieke kenmerken van de militaire gezondheidszorg en de gedane bevindingen, ontvangen signalen en lopende ontwikkelingen. Verder kan input komen vanuit het toezichthoudersoverleg Defensie en uit de afstemming met de andere toezichthouders intern Defensie.

Gezien de breedte van het toezichtveld en de beperkte capaciteit van de IMG (in totaal 6 VTE) moeten jaarlijks keuzes worden gemaakt met betrekking tot planbare inspectie-activiteiten. Niet planbare werkzaamheden, zoals interventies en onderzoek naar aanleiding van meldingen, kunnen daarbij effect hebben op de voortgang van de planbare activiteiten van de IMG.

De IMG heeft als primaire taak toezicht te houden op de kwaliteit van de militaire gezondheidszorg en de naleving van wettelijke voorschriften ter zake. Daarnaast vallen ook de voedselveiligheid en stralingsbescherming binnen Defensie onder het toezicht van de Inspectie. Om hieraan goede invulling te geven, wordt waar mogelijk samengewerkt met in- en externe toezichthouders op de genoemde terreinen, dan wel vindt onderlinge afstemming plaats.

Op basis van de verzamelde input stelt de inspectie een overzicht samen van de toezichtonderwerpen. De Inspectie filtert vervolgens deze onderwerpen op o.a. wettelijke bepalingen, risico en inspecteerbaarheid. Dit levert een aantal onderwerpen op dat naast of tijdens de reguliere inspecties aandacht van de inspectie zal krijgen.

COVID-19 vraagt ook bij de IMG veel aandacht waardoor de reguliere activiteiten zoals inspecties deels zijn verschoven of anders zijn vormgegeven. Daar waar mogelijk zal een deel van het toezicht op afstand plaatsvinden. Uitgangspunt hierbij zal zijn de reguliere zorgverlening zo min mogelijk te verstoren.

In het IMG-toezichtjaarplan voor 2021 zijn de volgende onderwerpen opgenomen:

Hoofdonderwerpen zijn:

- Bestuursstructuur binnen de militaire gezondheidszorg; governance
- Omgang met COVID-19 binnen de militaire gezondheidszorg
- Geneeskundige ondersteuning oefenende eenheden
- Voedselveiligheid binnen de operationele catering
- Zorgcommunicatie in de keten
- Infrastructuur Eerstelijns Gezondheidszorg Bedrijf (EGB), Defensie Tandheelkundige Dienst (DTD) en Pareto
- Veilig Incident Melden/Meldingen Incidenten Patiëntenzorg (VIM/MIP)-procedure
- Digitale en papieren archivering medische dossiers eerste lijn

Daarnaast:

- Spoedtaken en spoeduitrusting EGB
- Materieel, middelen, personen in de keten; incl. bewakingsapparatuur
- Convenant medische technologie; incl. operationele radiologie
- Operationele gezondheidszorgplanning
- Implementatie informatievoorziening/informatie- en communicatietechnologie (IV/ICT)-systemen
- Revalidatie en re-integratie in de eerste lijn
- Disfunctionerende beroepsbeoefenaren
- Zelfhulp Kameradenhulp (ZHKH)-opleiding/instructieprotocollen

Inspanningsgebonden hitteberoerte bij militairen

door luitenant-kolonel-arts Mark H. van Rijswijk^a, drs. Luuk R. van den Bersselaar^b,
dr. Koen Levels^c, prof. dr. Maria T.E. Hopman^d, drs. Nick Kruijt^e, dr. Marc M.J. Snoeck^f,
dr. Thijs M.H. Eijsvogels^g, dr. Coen C.W.G. Bongers^h en dr. Nicol C. Voermansⁱ

^a Sportarts bij Trainingsgeneeskunde en Trainingsfysiologie (TGTF), Utrecht.

^b Arts-onderzoeker afdeling anesthesiologie Canisius Wilhelmina Ziekenhuis en afdeling neurologie Radboudumc, Nijmegen.

^c Sr. onderzoeker werkveld 'Presteren onder extreme omstandigheden' bij Trainingsgeneeskunde en Trainingsfysiologie (TGTF), Utrecht.

^d Hoogleraar Integratieve Fysiologie Radboudumc, Nijmegen.

^e Arts-onderzoeker Radboudumc, Nijmegen.

^f Anesthesioloog, Expertise Centrum Maligne Hyperthermie, Canisius Wilhelmina Ziekenhuis, Nijmegen.

^g Associate professor Inspanningsfysiologie Radboudumc, Nijmegen.

^h Postdoc onderzoeker afdeling Fysiologie Radboudumc, Nijmegen.

ⁱ Neuroloog, Spierziekten Centrum Radboudumc, Nijmegen.

Artikel ontvangen januari 2021.

Samenvatting

Inspanningsgebonden hitteberoerte (IHB) is de meest ernstige vorm van inspanningsgebonden hitteziekte. Het is een aandoening die binnen de krijgsmacht relatief vaak voorkomt. Schadelijke gevolgen van hitteziekte kunnen worden voorkomen door het volgen van een driefasenstrategie: voorkom – herken – behandel. Er zijn meerdere risicofactoren bekend voor het ontstaan van hitteziekte en in de planning van fysieke inspanning dient hiermee rekening te worden gehouden. Hitteziekte kan een breed scala aan symptomen geven en is ingedeeld in toenemende ernst: hittekramp, hittecollaps, warmte-uitputting en hitteberoerte. Symptomen die optreden bij dysfunctie van het centrale zenuwstelsel dienen altijd te worden beschouwd als alarmsymptomen. Het maken van onderscheid tussen de verschillende varianten van hitteziekte levert onnodige vertraging op en is omwille van het snel opstarten van de behandeling ongewenst. Defensie stelt daarom dat je ervan uit moet gaan dat iemand een hitteziekte heeft als er symptomen zijn die passen bij hitteziekte en hij/zij inspanning levert en/of zich in een warme omgeving bevindt en/of bedekkende kleding draagt. Het direct starten van zo effectief mogelijk koelen is eenvoudig, van levensbelang en heeft voorrang boven transporteren van het slachtoffer.

Inleiding

De afgelopen jaren is er veel aandacht voor inspanningsgebonden hitteziekten. Helaas zijn er meerdere incidenten geweest, waarbij een ogenschijnlijk gezond en fit persoon ernstig ziek is geworden. In 2014 en in 2016 zijn er deelnemers van de Dam tot Damloop overleden aan een IHB. In 2016 is helaas ook een dodelijk slachtoffer te betreuren geweest bij Defensie. Hoewel IHB een zeldzame aandoening is, is de impact ervan enorm. Doordat tijdens missies en oefeningen bij defensie hevige inspanning met bedekkende kleding onder extreme omstandigheden moet worden geleverd, lopen militairen een relatief hoog risico op het ontwikkelen van inspanningsgebonden hitteziekten, waaronder IHB. In de periode van 2014-2018 waren er binnen Defensie tenminste 53 incidenten met inspanningsgebonden hitteziekte¹. Het vermoeden bestaat dat de werkelijke incidentie hoger is.

In het voorjaar van 2020 heeft de afdeling Trainingsgeneeskunde en Trainingsfysiologie (TGTF) van de Koninklijke Landmacht het 'Handboek hitteziekte' gepubliceerd². Dit handboek bevat informatie voor de individuele militair, de militaire commandant en de zorgverlener. Het bundelt de meest recente kennis en *best practice* en zal periodiek geactualiseerd worden.

Achtergrond

Het lichaam is in staat om de kerntemperatuur strikt te reguleren vanuit het thermoregulatiecentrum in de hypothalamus. Stijging van de kerntemperatuur door inspanning wordt waargenomen door centrale en perifere thermoreceptoren, waarna warmteafgifte gefaciliteerd wordt door vasodilatatie van de kleine bloedvaten in de huid en een toename van transpiratie. De evaporatie van dit zweet, alsmede conductie, radiatie en convection zijn de methoden waarmee het lichaam de geproduceerde warmte zal afstaan³. Het omgekeerde is ook waar; als een verlaging van de kerntemperatuur wordt gesignaleerd, zal het lichaam proberen warmte te behouden door vasoconstrictie van de bloedvaatjes in de huid. Als dit onvoldoende werkt zal het proberen warmte te genereren door rillen. Zo blijft de warmtebalans stabiel.

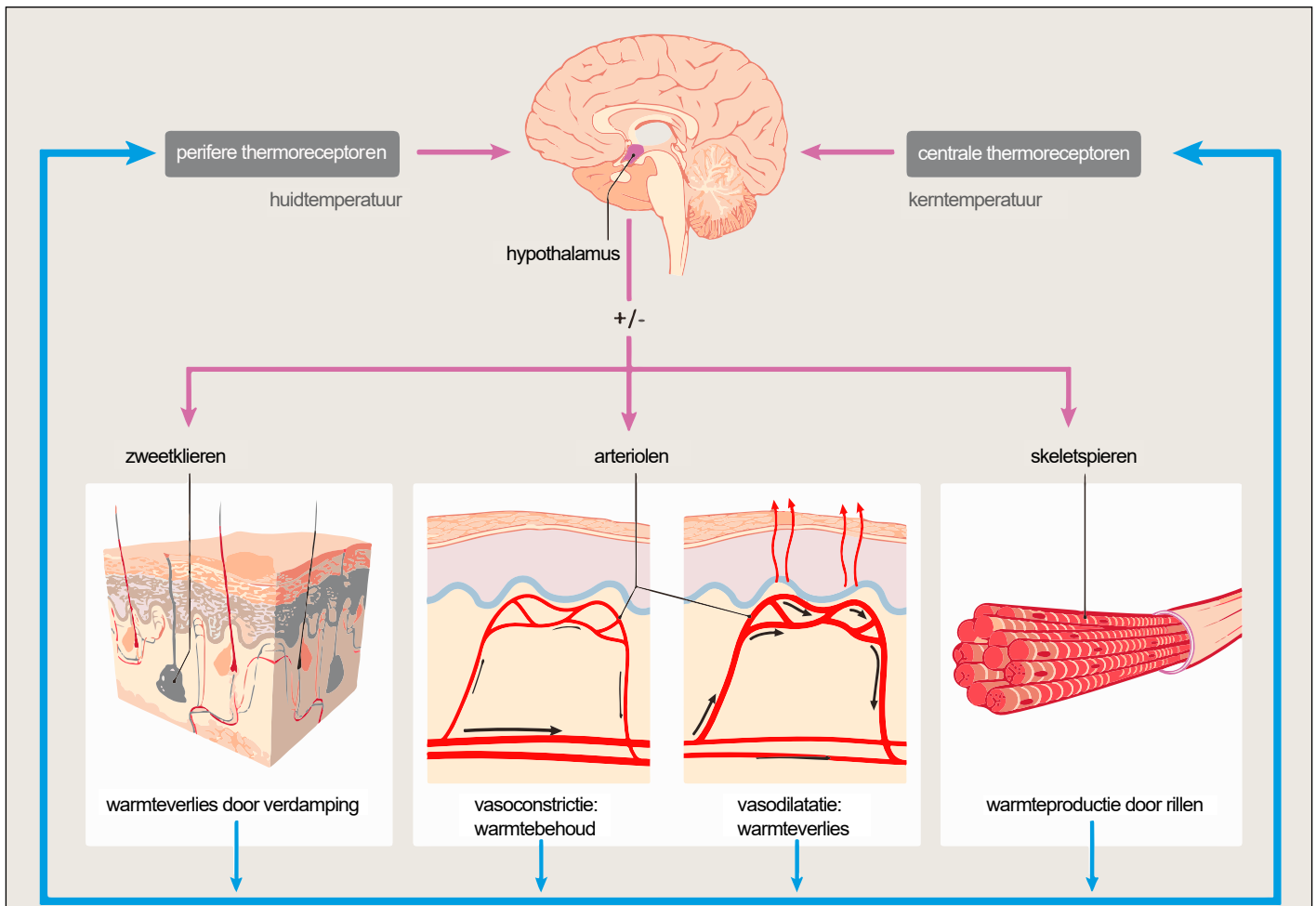


Fig. 1: Fysiologische processen van thermoregulatie. Thermoreceptoren registreren de kerntemperatuur en geven sensorische informatie door naar het thermoregulatiecentrum in de hypothalamus. Wanneer de kerntemperatuur lager is dan de normale kerntemperatuur kan het lichaam warmte produceren door te rillen en verhogen van de metabole activiteit van bruin-vetcellen, en warmte vasthouden door perifere vasoconstrictie. Wanneer de kerntemperatuur hoger is dan normaal kan het lichaam warmte kwijtraken door verdamping van zweet en vasodilatatie van de arteriolen in de huid. Het thermoregulatiecentrum in de hypothalamus regelt deze processen om de kerntemperatuur stabiel te houden.

Met toestemming overgenomen uit: 'Inspanningsgebonden hitteberoerte bij sporters en militairen' Van den Bersselaar L. et al.²⁷

Dit proces kent zijn grenzen. Bovenmatige en langdurige inspanning kan zoveel warmteproductie geven, dat de capaciteit om warmte af te geven overschreden wordt. Daarnaast zal bedekkende kleding, een hoge omgevingstemperatuur en/of luchtvochtigheid de warmteafgifte beperken. Tegelijkertijd kan vochtverlies en te weinig drinken leiden tot uitdroging. Dit zorgt voor herverdeling van het beschikbare bloedvolume. Het bloed wordt geshunt van het vaatbed in de huid naar de vitale organen. Hierdoor is er niet voldoende vocht beschikbaar om warmteafgifte door middel van evaporatie, convection en radiatie te faciliteren en wordt de warmtebalans verder nadelig beïnvloed⁴. Veelal leidt deze hittestress tot een onvermogen om nog verder in te spannen⁵. Indien de inspanning niet wordt gestaakt, zal de kerntemperatuur verder stijgen en ligt een IHB op de loer.

Een IHB ontstaat door een complexe wisselwerking van direct cytotoxische effecten van de hoge kerntemperatuur (darm, lever, nieren en het zenuwstelsel), effecten van de fysiologische reactie op de hitte (verhoogde metabole behoefte, circulatoir falen en hypoxie) en de inflammatoire respons en coagulopathie die daarop volgt⁶. In het meest ernstige geval kan dit proces leiden tot multi-organfalen en zelfs tot de dood.

Om de schadelijke gevolgen van hitteziekte op gezondheid en inzetbaarheid zo veel mogelijk te beperken, propageert het recent uitgegeven handboek simultaan drie paden te bewandelen: voorkomen, herkennen en behandelen.

Voorkom

Er zijn diverse risicofactoren die de kans op het optreden van hitteziekte vergroten^{7,8}. Daar waar

Leefstijl	Gezondheid	Omstandigheden
Persoonskenmerken	Eerdere episode van hitteziekte	Onervaren personeel
Gebrek aan fitheid	Actuele of recente ziekte	Vliegreis in de laatste 24 uur
Hoog vetpercentage	Vaccinatie in de afgelopen 48 uur	Tekort aan voeding of gemiste maaltijden
Roken	Aangeboren/verworven afwijking/ziekte van de zweetproductie	Slaapdeprivatie
Alcoholconsumptie in de laatste 48 uur	Medicatiegebruik	Gebrek aan acclimatisatie
Drugsgebruik		Actuele zonverbranding
Supplement gebruik		Dehydratie

Tabel 1: Risicofactoren voor het ontstaan van hitteziekte.

Overgenomen uit 'Handboek Hiteziekte'².

mogelijk moet in de planning van een activiteit worden gedacht aan het beperken van deze risico's. In veel gevallen is het mogelijk de warmteproductie te beperken door de intensiteit en/of duur van inspanning te verminderen. Anderzijds kan de warmteafgifte worden gefaciliteerd door het kiezen van een koeler moment op de dag, het aanpassen van de kleding en het plannen van voldoende drinkpauzes. Naast deze intrinsieke risicofactoren en

klimatologische omstandigheden moeten sociale omstandigheden en culturele aspecten niet over het hoofd worden gezien. De ingewikkelde interactie tussen de rollen van leidinggevende en werknemer of tussen instructeur en leerling kan zowel tot een risicofactor als een mitigerende factor worden gerekend⁹.

Om de risico's in kaart te brengen kan gebruik worden gemaakt van een checklist die in het handboek is opgenomen. Daarbij wordt aandacht besteed aan individuele risicofactoren zoals de gewenning aan de hitte (acclimatisatie) en fitheid, omgevingsgebonden risicofactoren (temperatuur, luchtvochtigheid, stralingswarmte en windsnelheid worden vaak uitgedrukt in de gecombineerde Wet Bulb Globe Temperature (WBGT)) en groepsgebonden risico's zoals de tenuekeuze en de intensiteit en duur van inspanning². Inmiddels is er ook een app ontwikkeld ('hitte app') die van de Mobile Device Management (MDM)-omgeving van Defensie kan worden gedownload en de bekende risicofactoren integreert en tot een advies komt of een geplande activiteit veilig kan worden uitgevoerd. Ondanks adequate maatregelen om hitteziekte te voorkomen zijn er situaties denkbaar waarin dit niet altijd lukt. Daarom is het van groot belang hitteziekte vroegtijdig te herkennen.

Herken

Hitteziekte uit zich in verschillende vormen: hittekramp, hittecollaps, warmte-uitputting, en IHB^{6,10}. Het pathofysiologische principe van hittekramp is nog niet volledig opgehelderd en is waarschijnlijk te relateren aan verstoring van het metabole evenwicht in skeletspiercellen. Hitecollaps ontstaat door vasodilatatie en veneuze pooling, hetgeen tot tijdelijke cerebrale hypoperfusie leidt. Dit zal met name optreden direct na het stoppen van een inspanning. Warmte-uitputting is het

onvermogen van de circulatie om aan zowel de inspanningsbehoefte als de koeling te voldoen en wordt vaak verergerd door hypohydratie. Het lichaam geeft in deze situatie veelal voorrang aan het behouden van de thermoregulatie waardoor de inspanning alleen met sterk verminderde intensiteit kan worden voortgezet. De IHB is de ernstigste variant van hitteziekte. Hierbij is de functie van het centraal zenuwstelsel gestoord door een sterk verhoogde kerntemperatuur. Dit kan een potentieel levensbedreigende aandoening zijn.

Hoewel een onderscheid in diagnoses binnen hitteziekte opportuun lijkt, is enige terughoudendheid hierin op zijn plaats. Enerzijds omdat de pathofysiologische processen die tot de ziektebeelden leiden tegelijkertijd en door elkaar kunnen optreden en het daarmee soms moeilijk maken om tot een specifieke diagnose te komen. Anderzijds omdat vertraging in het stellen van de juiste diagnose een adequate behandeling in de weg kan staan. Het handboek stelt daarom dat je moet

Hoofdpijn	Uitputting	Diarree
Zwalken	Verwardheid	Verminderd beoordelingsvermogen
Duizeligheid	Misselijkheid	Overgeven
Bewustzijnsdaling/-verlies	Rusteloosheid	Agitatie
Trekkingen/stuipen	Wazig zien	Krampen

Tabel 2: Symptomen van hitteziekte.

Overgenomen uit: 'Handboek Hitteziekte'².

veronderstellen dat iemand een hitteziekte heeft als er symptomen zijn die passen bij hitteziekte en hij/zij inspanning levert en/of zich in een warme omgeving bevindt en/of bedekkende kleding draagt. Tabel 2 vermeldt symptomen die passen bij hitteziekte.

Het vermoeden van IHB, de meeste ernstige uiting van hitteziekte, wordt bevestigd door klachten die passen bij een dysfunctie van het centrale zenuwstelsel met een kerntemperatuur boven de 40°C⁶. Helaas wordt nog vaak gebruik gemaakt van een oorthermometer om de kerntemperatuur te bepalen. Deze is uitermate onbetrouwbaar gebleken in de buitenlucht bij het bezwete slachtoffer



Afb. 1: Tarp Assisted Cooling with Oscillation (TACO). Het slachtoffer wordt gekoeld door hem/haar in koud water in een waterdicht zeil (tarp) te plaatsen en het water in beweging te houden rondom het slachtoffer.

Bron: The Korey Stringer Institute.

en kan een forse onderschatting van de werkelijke kerntemperatuur geven¹¹. In de omstandigheden waarin het hitteziekte slachtoffer zich bij Defensie begeeft, is een rectale temperatuurmeting voorsnog de enige meetmethode die betrouwbare informatie geeft. Indien men niet de beschikking heeft over een rectale thermometer, moet in ieder geval een indruk van de ernst worden verkregen door het beoordelen van de functie van het centrale zenuwstelsel.

Behandel

Bij iedere vorm van hitteziekte is het in de militaire situatie belangrijk om de activiteit te staken voor iedereen die is blootgesteld aan dezelfde inspanning en omstandigheden als het slachtoffer. Zij hebben namelijk ook een verhoogd risico op het ontwikkelen van IHB. Hierna dient het slachtoffer, indien mogelijk, naar de koelte te worden gebracht en ontkleed te worden. In de meerderheid van de gevallen beschikt men op dat moment niet over een rectale thermometer. Daarom is het van groot belang om direct een indruk te krijgen van eventuele dysfunctie van het centraal zenuwstelsel. Een verminderd bewustzijn, insulten of verwardheid zijn symptomen die passen bij IHB en die kunnen

optreden bij een kerntemperatuur $>40^{\circ}\text{C}$. Aanwezigheid van deze symptomen maken een IHB waarschijnlijk. Er moet dan direct gestart worden met agressief koelen. Onderdompeling in een bad met ijswater (Cold Water Immersion of CWI) is de meest effectieve methode gebleken om het slachtoffer af te koelen¹²⁻¹⁴. Echter, in veel militaire scenario's is dit onpraktisch en moeten andere interventies worden gebruikt. De mobiele variant van CWI is de *Tarp Assisted Cooling with Oscillation* (TACO)-methode, waarbij een geïmproviseerd bad wordt gemaakt van plastic zeil en het water in beweging wordt gehouden¹⁵. Als het slachtoffer zich in een gearconditioneerde ruimte begeeft waar de luchtvochtigheid en temperatuur laag zijn, kan gebruik worden gemaakt van een derde methode: 'strip-soak-fan' (SSF). Hierbij wordt overtollige kleding verwijderd, het slachtoffer natgehouden met koud water en wordt gezorgd voor een constante luchtstroom met een ventilator¹⁶. Op grond van een pilotonderzoek van TGTF zijn er aanwijzingen dat deze methode een vergelijkbaar koelend effect heeft als de TACO-methode. De SSF-methode is vooral praktisch in een medische behandelruimte, terwijl de CWI en de TACO-methode in het veld gebruikt kunnen worden. Bij alle vormen van agressief koelen, moet het koelen gestaakt worden als de kerntemperatuur onder de 39°C is gezakt. Zo wordt eventuele onderkoeling voorkomen. Na het agressieve koelen, dient het slachtoffer naar een spoedeisende hulp te worden afgevoerd.

Indien er geen tekenen van betrokkenheid van het centraal zenuwstelsel zijn, kan er nog steeds agressief gekoeld worden, maar kan veelal volstaan worden door het slachtoffer twintig minuten passief te koelen. Dit houdt in dat het slachtoffer naar een koele locatie wordt geholpen en overtollige kleding wordt verwijderd. Het slachtoffer mag drinken naar behoefte. Een milde hitteziekte behoort dan snel een vermindering van klachten te geven. Het staken van de lichamelijke activiteit kan echter ook zorgen voor een snelle klinische verslechtering; de circulatie vermindert

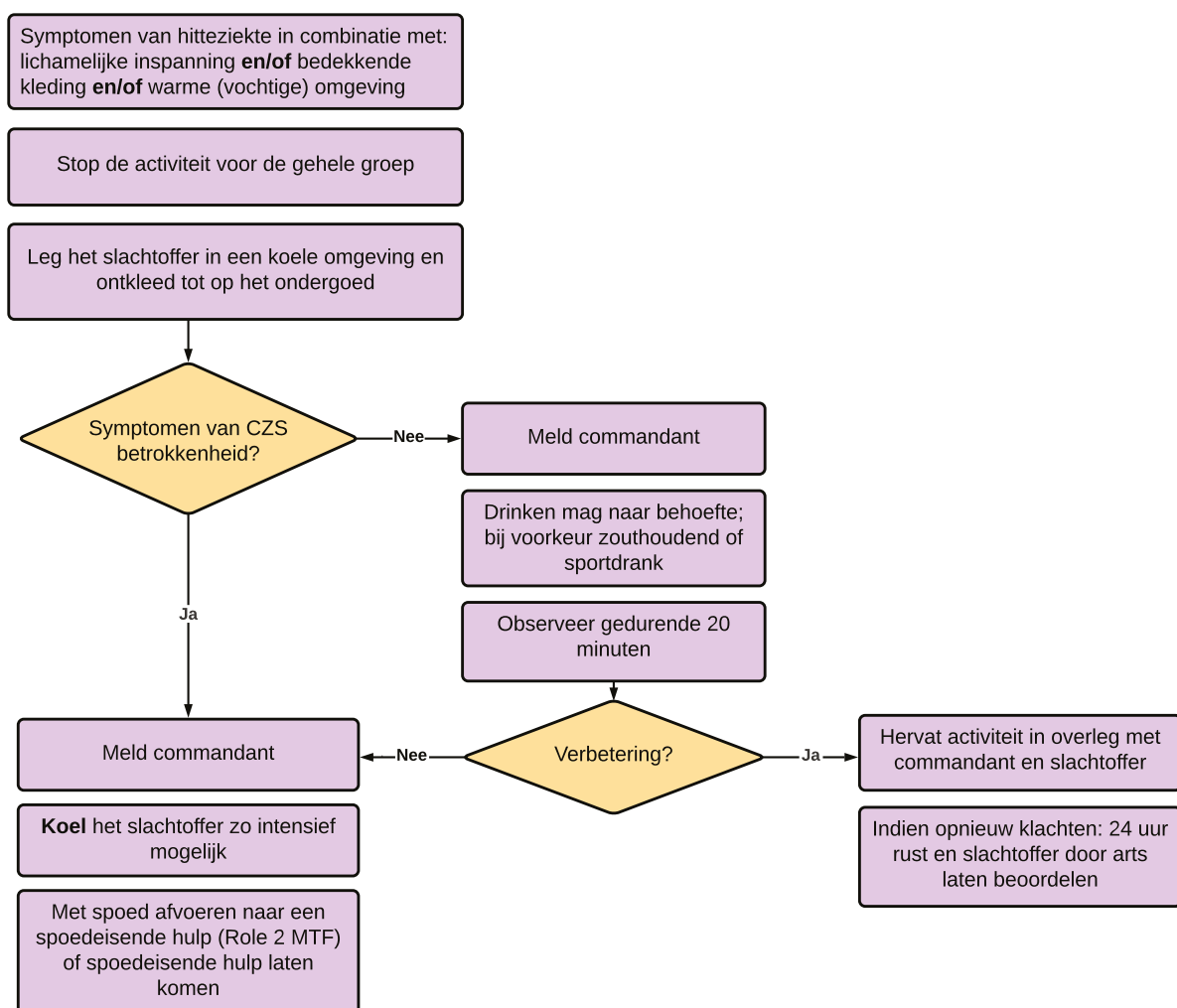


Fig. 2: Behandeling van hitteziekte in het veld, zonder bepaling van de rectale temperatuur.

Aangepast uit: 'IK 2-22'²⁸

door het stoppen van inspanning, terwijl de perifere vasodilatatie nog aanwezig is. Hierdoor zakt de bloeddruk waardoor een syncope kan ontstaan. Bij uitblijven van herstel of klinische verslechtering op enig moment tijdens de genoemde twintig minuten, zal de behandelaar direct moeten escaleren naar een van de eerdergenoemde agressieve koelmethodes. Indien noodzakelijk zal hulp per ambulance of helikopter moeten worden ingeroepen. Het slachtoffer wordt na effectief koelen getransporteerd naar een spoedeisende hulp. In de basis gaat effectief koelen voor transporteren. Fig. 2 is een schematische weergave van het behandelprotocol, indien men niet de beschikking heeft over een rectale thermometer.

Indien men de beschikking heeft over een rectale thermometer, dient deze laagdrempelig gebruikt te worden omdat deze het diagnostische proces verduidelijkt en het mogelijk maakt om de interventie (koelen) te evalueren. Een rectale temperatuur van $>40^{\circ}\text{C}$ in combinatie met dysfunctie van het centrale zenuwstelsel worden veelal gebruikt als criteria voor een IHB waarbij wordt geadviseerd om agressief te koelen^{17,18}. Ondanks dat een IHB differentiaal diagnostisch waarschijnlijk is en agressief koelen doeltreffend is om de kerntemperatuur te verlagen, blijven er andere aandoeningen mogelijk die de symptomatologie verklaren. In 2015 is immers al

aangetoond dat 15% van de deelnemers van de Zevenheuvelenloop een kerntemperatuur van $>40^{\circ}\text{C}$ had, zonder specifieke klachten¹⁹. Van het slachtoffer met bewustzijnsdaling tijdens inspanning kan dus in enige mate verwacht worden dat de kerntemperatuur verhoogd is. Indien de betrouwbaar gemeten kerntemperatuur lager is dan 40°C , is een IHB zeer onwaarschijnlijk en moet naast hitte-uitputting ook gedacht worden aan een andere verklaring voor de klachten. In deze situatie moet over het algemeen genomen aan de 'vijf H's' worden gedacht: hyponatriëmie, hypoglykemie, hart (cardiale/circulatoire oorzaak), hoofd (neurologische oorzaak) en hemoglobine (sikkelcelcrisis). Fig. 3 geeft de behandeling weer indien men wel kan beschikken over een rectale thermometer.

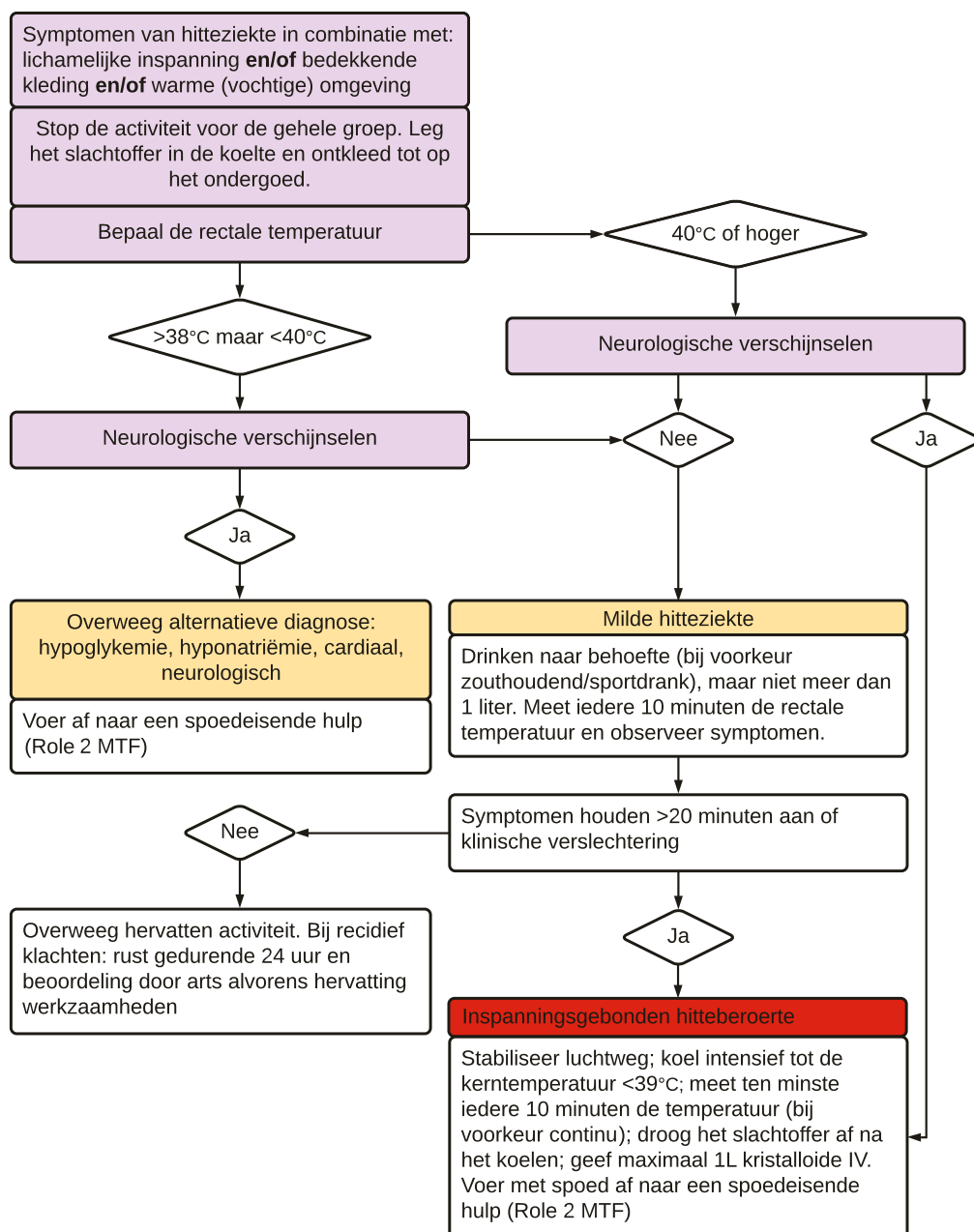


Fig. 3: Behandeling van hitteziekte in het veld, met bepaling van de rectale temperatuur.

Aangepast uit: 'Handboek Medische Protocollen voor de AMV'²⁹.

Evaluatie

Na ieder incident van hitteziekte, ongeacht de ernst daarvan, dient achteraf geëvalueerd te worden of de omstandigheden en reeds bekende risicofactoren voldoende verklarend waren voor het incident. Denk hierbij ook aan recente infecties, slaapdeprivatie, gebruik van alcohol/drugs/medicatie en een zwaardere inspanning dan het lichaam gewend is. Indien het de schijn heeft dat de juiste mitigerende maatregelen zijn genomen en dat niemand anders in vergelijkbare omstandigheden een hitteziekte heeft opgelopen, kan het zinvol zijn om nader

onderzoek te verrichten naar nog niet onderkende persoonsgebonden risicofactoren. Om een indruk te krijgen van een mogelijk onderliggende (genetische) oorzaak voor een hoger risico op hitteziekte kan gebruik worden gemaakt van het acroniem 'RHABDO'²⁰. Tabel 3 geeft aan waaruit dit acroniem bestaat. Als aan één van de factoren uit RHABDO wordt voldaan, moet een genetische predispositie voor hitteziekte overwogen worden.

Een genetische constitutie voor IHB kan worden overwogen als voldaan wordt aan ten minste één van de volgende kenmerken:

R	'Recidiverende' episode van inspanningsgebonden rabdomyolyse
H	HyperCKaemie tot meer dan 8 weken na het incident
A	Afwijkende fysieke inspanning (niet gewend aan de intensiteit)
B	Bloed CK-waarde van >50x de bovengrens van normaal
D	Drugs/medicatie/supplementgebruik of andere oorzaken zijn onvoldoende verklarend voor het incident
O	Overige familieleden hebben IHB gehad of er bestaan andere inspanningsgerelateerde klachten (spierpijnen of krampen)

Tabel 3: Het acroniem 'RHABDO'.

Vertaald uit: Kruijt N. et al.: The etiology of rhabdomyolysis: an interaction between genetic susceptibility and external triggers²⁰.

Genetische predispositie

Veranderingen in het *RYR1*-gen worden vaker gezien onder mensen die een IHB hebben doorgemaakt²¹. Dit gendefect geeft een afwijking van de ryanodine receptor-1, een calciumkanaal van het sarcoplasmatisch reticulum in skeletspiercellen. Sommige *RYR1* veranderingen zijn gerelateerd aan inspanningsgebonden rabdomyolyse en/of een verhoogde gevoeligheid voor Maligne Hyperthermie (MH). MH is een autosomaal-dominant overervende farmacogenetische aandoening die bekend is uit de anesthesie, waarbij na blootstelling aan een dampvormig anestheticum of succinylcholine bij patiënten met een verhoogde gevoeligheid voor MH een levensgevaarlijke metabole ontregeling ontstaat die gepaard gaat met rabdomyolyse en hyperthermie. Afdeling TGTF heeft een samenwerking met het Radboudumc, waar op indicatie deze genetische defecten kunnen worden onderzocht. Indien een gendefect wordt gevonden, is echter niet altijd met zekerheid te zeggen of deze de hitteziekte heeft veroorzaakt. Genetisch onderzoek is dus bijdragend aan het opmaken van een persoonlijk risicoprofiel. Indien er aanwijzingen zijn voor genetische constitutie voor MH, is het mogelijk om verder onderzoek te doen met behulp van een In Vitro Contractuur Test (IVCT), waarbij in het laboratorium levend spierweefsel wordt blootgesteld aan cafeïne en halothaan dat bij aanleg voor MH leidt tot een contractuur van de spierbundels. De relatie tussen IHB en MH is echter nog niet volledig opgehelderd²². Daarbij maakt eventuele genetische constitutie de kans op het ontstaan van hitteziekte weliswaar groter, maar het blijft een samenspel van inspanning, omgevingsfactoren, kledingkeuze en andere persoonlijke risicofactoren.

Hitte Tolerantie Test

Bij het Israëliëse leger wordt al lange tijd een Hitte Tolerantie Test (HTT) uitgevoerd bij slachtoffers van hitteziekte²³. Tijdens deze test wandelt de proefpersoon 5 km/u op een loopband met een helling van 2% gedurende 2 uur in een klimaatkamer (40°C en 40% luchtvochtigheid). Hierbij worden de kerntemperatuur en de hartslag geregistreerd. Als de proefpersoon een hartslag van >150 spm of een kerntemperatuur van >38,5°C heeft, is de test positief. Een positieve HTT wordt in Israël geïnterpreteerd als een hogere recidiefkans op IHB. Deze test is controversieel om

meerdere redenen. Ten eerste mag niet worden aangenomen dat deze testeigenschappen zich laten vertalen naar de Nederlandse omstandigheden en manier van optreden. Daarnaast wordt er bij de interpretatie van de test geen rekening gehouden met eventuele subgroepen. Zo wordt geen onderscheid gemaakt in fitheid of geslacht²⁴. Afdeling TGTF is daarom gestopt met het uitvoeren van deze variant van de HTT en onderzoekt of er een meer valide alternatief is. Binnenkort start een onderzoek of de HTT die de Britse krijgsmacht al geruime tijd gebruikt ook voor de Nederlandse krijgsmacht toepasbaar is. Deze test heeft geen harde afkapwaarde voor hartslag of kerntemperatuur, maar kijkt enkel naar het vermogen om bij een percentage van het individuele inspanningsvermogen en bij een militair relevant tenue de kerntemperatuur stabiel te houden²⁵. Indien betrokkene in staat is om de kerntemperatuur te stabiliseren tijdens de test, is betrokkene hittetolerant. Dit laat onverlet, dat bij de juiste combinatie van omstandigheden, inspanning, kledingkeuze en persoonlijke risicofactoren, ondanks bewezen hittetolerantie, nog steeds een hitteziekte in de toekomst kan optreden.

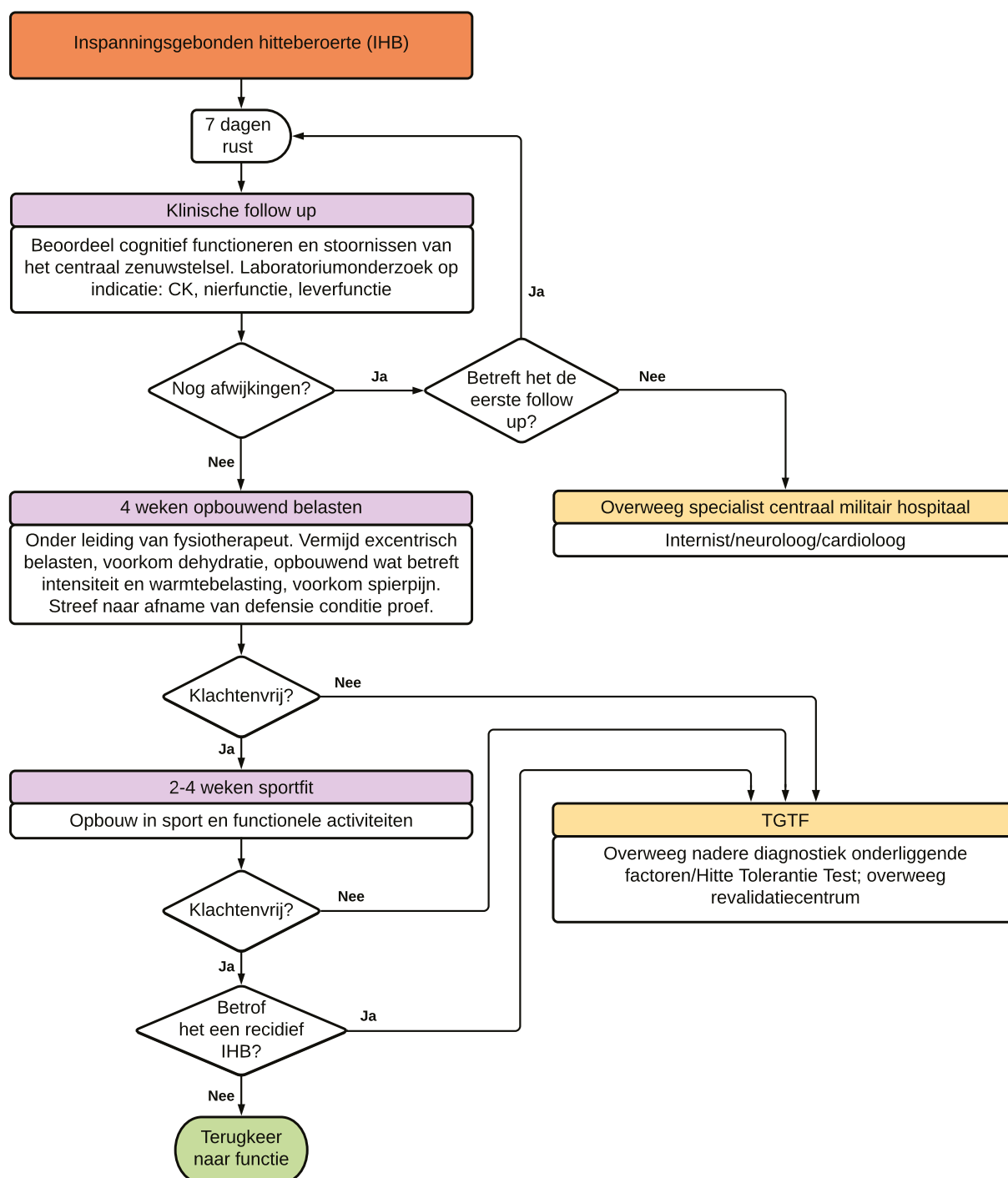


Fig. 4: Terugkeer naar functie na een inspanningsgebonden hitteberoerte.

Aangepast overgenomen uit: 'Handboek Hitteziekte'².

Terugkeer naar functie

Omdat een patiënt na het doormaken van hitteziekte een verhoogde recidiefkans heeft, moet enige voorzichtigheid in acht worden genomen bij het hervatten van fysieke activiteiten. Er is geen wetenschappelijke consensus hoe de praktische invulling hiervan moet zijn. Vooralsnog lijkt het beleid dat is voorgesteld bij de ronde tafel discussie van het American College of Sports Medicine praktisch¹⁷. Defensie van het Verenigd Koninkrijk heeft dit verder gespecificeerd naar een onderscheid tussen milde en ernstige hitteziekte¹⁶. Een milde hitteziekte wordt gedefinieerd als een incident zonder neurologische klachten of geobjectiveerde orgaanschade. Een ernstige hitteziekte beslaat de IHB en de inspanningsgebonden rhabdomyolyse. In het opbouwproces moet aandacht zijn voor eventuele klachten van het cognitieve functioneren, bovenmatige spierpijn en flankpijn. In het Verenigd Koninkrijk is bij een revalidatiecentrum goede ervaring opgedaan met de revalidatie van slachtoffers van ernstig hitteziekte²⁶. Fig. 4 geeft een grafische weergave van het stappenplan dat moet leiden tot functiehervatting.

Conclusie

Inspanningsgebonden hitteziekte is een verzamelnaam van ziektebeelden die allen leiden tot het onvermogen om verder in te spannen. Er zijn situaties mogelijk waarin persoonlijke, sociale en omgevingsfactoren de kans op hitteziekte vergroten. Bij de juiste combinatie van deze factoren kan een hitteziekte sneller optreden en/of ernstig verlopen en tot IHB leiden. Gelukkig zijn er interventies mogelijk die de kans hierop aanzienlijk kunnen verminderen. Allereerst kan het risico op hitteziekte worden verkleind door de keuze van het tenue en de inspanning aan te passen aan de omgevingsomstandigheden. Daarnaast moet iedereen, maar vooral de militaire instructeur of leidinggevende, in staat zijn om symptomen van hitteziekte te herkennen. Ten derde moet laagdrempelig gestart worden met behandelen, waarbij de hoeksteen van behandelen ligt in het zo snel mogelijk afkoelen van het slachtoffer. Onderdompeling in koud water is de meest effectieve manier van afkoelen. Indien deze strategie van voorkom-herken-behandel gevolgd wordt, moet het mogelijk zijn om restschade ten gevolge van hitteziekte tot een minimum te beperken.

SUMMARY

EXERTIONAL HEAT STROKE IN SOLDIERS

Exertional Heat Stroke (EHS) is the most serious of heat illness. Although its precise incidence is not known, it is expected to be relatively high in the Netherlands Armed Forces. Adhering to a strict three-pronged approach (prevent – recognize – treat) should mitigate lasting effects of EHS. Multiple risk factors for EHS have been identified. These should be taken into consideration in planning physical activity. Heat illness can present with a multitude of symptoms and is categorized in severity: heat cramps, heat-collapse, heat exhaustion and EHS. Distinguishing between these variants of heat illness can delay essential treatment. Central Nervous System (CNS) dysfunction should always be considered a medical emergency. Any sign or symptom associated with heat illness in conjunction with physical activity and/or a hot/humid environment and/or protective clothing should lead to the assumption of the presence of heat illness. Immediate and effective cooling is a simple and potentially lifesaving treatment and should not be postponed. Cool first, transport second.

Referenties:

1. Zembla: De hiteslachtoffers van Defensie, 22 mei 2019, ed: BNNVARA.
2. Van Rijswijk M., Linschoten C.: Handboek Hitteziekte, ed: <https://www.defensie.nl/binaries/defensie/documenten/publicaties/2020/10/30/handboek-hitteziekte/Handboek+Hitteziekte.pdf>: Ministerie van Defensie, 2020.
3. Cramer M.N., Jay O.: Biophysical aspects of human thermoregulation during heat stress. *Auton Neurosci*, vol. 196, pp. 3-13, 04 2016, doi: 10.1016/j.autneu.2016.03.001.
4. Cheuvront S.N., Kenefick R.W., Montain S.J., Sawka M.N.: Mechanisms of aerobic performance impairment with heat stress and dehydration. *J Appl Physiol* (1985), vol. 109, no. 6, pp. 1989-95, Dec 2010, doi: 10.1152/jappphysiol.00367.2010.
5. Schlader Z.J., Stannard S.R., Mündel T.: Exercise and heat stress: performance, fatigue and exhaustion--a hot topic. *Br J Sports Med*, vol. 45, no. 1, pp. 3-5, Jan 2011, doi: 10.1136/bjsm.2009.063024.
6. Bouchama A., Knochel J.P.: Heat stroke. *N Engl J Med*, vol. 346, no. 25, pp. 1978-88, Jun 2002, doi: 10.1056/NEJMra011089.

7. [Roberts W.O.](#): Exertional heat stroke in the marathon. *Sports Med*, vol. 37, no. 4-5, pp. 440-3, 2007, doi: 10.2165/00007256-200737040-00044.
8. [Westwood C.S.](#), [Fallowfield J.L.](#), [Delves S.K.](#), [Nunns M.](#), [Ogden H.B.](#), [Layden J.D.](#): Individual risk factors associated with exertional heat illness: A systematic review. *Exp Physiol*, Apr 2020, doi: 10.1113/EP088458.
9. [O'Connor F.G.](#), [Grunberg N.E.](#), [Harp J.B.](#), [Deuster P.A.](#): Exertion-Related Illness: The Critical Roles of Leadership and Followership. *Curr Sports Med Rep*, vol. 19, no. 1, pp. 35-39, 01 2020, doi: 10.1249/JSR.0000000000000673.
10. World Health Organization: International Classification of Diseases (ICD-10), ed, 2003.
11. [Huggins R.](#), [Glaviano N.](#), [Negishi N.](#), [Casa D.J.](#), [Hertel J.](#): Comparison of rectal and aural core body temperature thermometry in hyperthermic, exercising individuals: a meta-analysis. *J Athl Train*, vol. 47, no. 3, pp. 329-38, 2012 May-Jun 2012, doi: 10.4085/1062-6050-47.3.09.
12. [Demartini J.K. et al.](#): Effectiveness of cold water immersion in the treatment of exertional heat stroke at the Falmouth Road Race. *Med Sci Sports Exerc*, vol. 47, no. 2, pp. 240-5, Feb 2015, doi: 10.1249/MSS.0000000000000409.
13. [Casa D.J.](#), [McDermott B.P.](#), [Lee E.C.](#), [Yeargin S.W.](#), [Armstrong L.E.](#), [Maresh C.M.](#): Cold water immersion: the gold standard for exertional heatstroke treatment. *Exerc Sport Sci Rev*, vol. 35, no. 3, pp. 141-9, Jul 2007, doi: 10.1097/jes.0b013e3180a02bec.
14. [Filep E.M.](#), [Murata Y.](#), [Endres B.D.](#), [Kim G.](#), [Stearns R.L.](#), [Casa D.J.](#): Exertional Heat Stroke, Modality Cooling Rate, and Survival Outcomes: A Systematic Review. *Medicina (Kaunas)*, vol. 56, no. 11, Nov 2020, doi: 10.3390/medicina56110589.
15. [Hosokawa Y.](#), [Adams W.](#), [Belval L.](#), [Vandermark L.](#), [Casa D.](#): Tarp-Assisted Cooling as a Method of Whole-Body Cooling in Hyperthermic Individuals. *Annals of Emergency Medicine*, 2017, vol. 69(3), pp. 347-352.
16. JSP 539: Heat illness and cold injury: prevention and management. Part 2: Guidance.
17. [Armstrong L.E. et al.](#): American College of Sports Medicine position stand. Exertional heat illness during training and competition. *Med Sci Sports Exerc*, vol. 39, no. 3, pp. 556-72, Mar 2007, doi: 10.1249/MSS.0b013e31802fa199.
18. [Epstein Y.](#), [Yanovich R.](#): Heatstroke. *N Engl J Med*, vol. 380, no. 25, pp. 2449-2459, Jun 2019, doi: 10.1056/NEJMra1810762.
19. [Veltmeijer M.T.](#), [Eijsvogels T.M.](#), [Thijssen D.H.](#), [Hopman M.T.](#): Incidence and predictors of exertional hyperthermia after a 15-km road race in cool environmental conditions. *J Sci Med Sport*, vol. 18, no. 3, pp. 333-7, May 2015, doi: 10.1016/j.jsams.2014.04.007.
20. [Kruijt N. et al.](#): The etiology of rhabdomyolysis: an interaction between genetic susceptibility and external triggers. *Eur J Neurol*, vol. 28, no. 2, pp. 647-659, Feb 2021, doi: 10.1111/ene.14553.
21. [Fiszer D. et al.](#): Next-generation Sequencing of RYR1 and CACNA1S in Malignant Hyperthermia and Exertional Heat Illness. *Anesthesiology*, vol. 122, no. 5, pp. 1033-46, May 2015, doi: 10.1097/ALN.0000000000000610.
22. [Sagui E. et al.](#): Is there a link between exertional heat stroke and susceptibility to malignant hyperthermia? *PLoS One*, vol. 10, no. 8, p. e0135496, 2015, doi: 10.1371/journal.pone.0135496.
23. [Moran D.S.](#), [Erlich T.](#), [Epstein Y.](#): The heat tolerance test: an efficient screening tool for evaluating susceptibility to heat. *J Sport Rehabil*, vol. 16, no. 3, pp. 215-21, Aug 2007, doi: 10.1123/jsr.16.3.215.
24. [Kazman J.B.](#), [Heled Y.](#), [Lisman P.J.](#), [Druyan A.](#), [Deuster P.A.](#), [O'Connor F.G.](#): Exertional heat illness: the role of heat tolerance testing. *Curr Sports Med Rep*, vol. 12, no. 2, pp. 101-5, 2013 Mar-Apr 2013, doi: 10.1249/JSR.0b013e3182874d27.
25. [Roiz de Sa D.](#), [House C.](#): Exercise heat tolerance assessment following a diagnosis of heat illness in UK military personnel. *Extrem Physiol Med*, 2015.
26. [Wilkins D. et al.](#): Neurological rehabilitation following heat illness in the UK Armed Forces. *BMJ Mil Health*, Oct 2020, doi: 10.1136/bmj.military-2020-001602.
27. [Van den Bersselaar L.R. et al.](#): Exertional heat stroke in athletes and soldiers (in Dutch). *Ned Tijdschr Geneesk*, vol. 164, Aug 2020.
28. Defensie Gezondheidszorg Opleidings- en Trainingscentrum (DGOTC): IK 2-22 (ZelfHulp KameradenHulp), ed, 2020.
29. DGOTC: Handboek Medische Protocolen voor de AMV (MHC 8-571), ed, 2021.

**1 miljoen Nederlanders
hebben moeite hun
rekeningen te betalen!**



WWW.HULPBIJARMOEDE.NL

Belemmerende en bevorderende factoren voor hulp zoeken bij psychische klachten of verslaving

Focusgroepstudie vanuit meerdere perspectieven binnen de Nederlandse krijgsmacht

door drs. R.I. Bogaers^a, dr. S.G. Geuze^b, prof. dr. J. van Weeghel^c, dr. F.R.M. Leijten^d,
prof. dr. H. van de Mheen^e, dr. P.K. Varis^f, dr. A.D. Rozema^g en prof. dr. E.P.M. Brouwers^h.

^a PhD-student, Tranzo, Wetenschappelijk centrum voor zorg en welzijn, Tilburg School of Social and Behavioral Sciences, Tilburg University en Expertisecentrum MGGZ, Ministerie van Defensie.

^b Neuropsycholoog, Hoofd Expertisecentrum MGGZ, Ministerie van Defensie; Brain Center Rudolf Magnus, Psychiatrie, Universitair Medische Centrum, Utrecht.

^c Bijzonder hoogleraar Rehabilitatie en maatschappelijke participatie van mensen met ernstige psychische aandoeningen, Tranzo, Wetenschappelijk centrum voor zorg en welzijn, Tilburg School of Social and Behavioral Sciences, Tilburg University.

^d Kernexpert mentale kracht - Duurzaam Gezond Inzetbaar, Defensie Gezondheidszorg Organisatie, Ministerie van Defensie.

^e Hoogleraar Transformaties in de Zorg, Tranzo, Wetenschappelijk centrum voor zorg en welzijn, Tilburg School of Social and Behavioral Sciences, Tilburg University.

^f Universitair hoofddocent, Cultuurwetenschappen, Tilburg School of Humanities and Digital Sciences, Tilburg University.

^g Senior onderzoeker, Tranzo, Wetenschappelijk centrum voor zorg en welzijn, Tilburg School of Social and Behavioral Sciences, Tilburg University.

^h Bijzonder hoogleraar psychische gezondheid en duurzame inzetbaarheid in arbeid, Tranzo, Wetenschappelijk centrum voor zorg en welzijn, Tilburg School of Social and Behavioral Sciences, Tilburg University.

Dit artikel is een bewerking van een al gepubliceerd artikel in BJPpsych Open¹ (2020) 6, e146, 1–8. doi: [10.1192/bjo.2020.136](https://doi.org/10.1192/bjo.2020.136).

Uitgegeven door Cambridge University Press in opdracht van het Royal College of Psychiatrists. Dit is een [open access-artikel](#), verspreid onder de voorwaarden van de Creative Commons Attribution-licentie [CC BY 4.0](#).

Artikel ontvangen februari 2021.

Samenvatting

Achtergrond

Wereldwijd worden miljoenen mensen op het werk blootgesteld aan stressvolle factoren die de kans op het ontwikkelen van psychische klachten en/of verslaving (PK/V) verhogen (bijvoorbeeld militairen, politie, artsen). Maar het zijn ook juist deze beroepen waar men geacht wordt sterk en gezond te zijn. Hierdoor is het soms moeilijker om hulp te zoeken voor PK/V. Zo laat Engels onderzoek zien dat 60% van de militairen met PK/V hier geen professionele hulp voor zoekt. Eerder onderzoek naar hulp zoeken voor PK/V richtte zich met name op het perspectief van militairen met PK/V, waarbij andere belangrijke perspectieven niet meegenomen werden. Daarnaast is dit probleem niet eerder onderzocht binnen de Nederlandse krijgsmacht.

Doel

Het doel van de huidige studie was de belemmerende en bevorderende factoren voor het zoeken van hulp voor PK/V in kaart te brengen binnen de Nederlandse krijgsmacht vanuit verschillende perspectieven.

Methode

In totaal hebben 46 mensen deelgenomen aan de studie verdeeld over acht focusgroepen, met drie verschillende perspectieven: vier groepen militairen met PK/V (*totaal 20 deelnemers*), twee groepen militairen zonder PK/V (*totaal 10 deelnemers*) en twee groepen zorgprofessionals (*totaal 16 deelnemers*). De focusgroepen zijn opgenomen en letterlijk uitgeschreven. Vervolgens is met behulp van kwalitatieve data-analysesoftware contentanalyse uitgevoerd vanuit een inductieve benadering.

Resultaten

Er zijn vijf belemmerende factoren voor het zoeken van hulp gevonden: (1) angst voor negatieve carrièregevolgen, (2) angst voor sociale afwijzing, (3) zorgen rond de vertrouwelijkheid, (4) de militaire werkcultuur en (5) praktische barrières.

Ook zijn drie bevorderende factoren gevonden: (1) sociale steun, (2) toegankelijkheid zorgverlening en kennis over waar hulp te verkrijgen en (3) militaire zorgverlening. Ondanks dat het onderzoek zich expliciet richtte op verschillende perspectieven kwamen de visies van de deelnemers sterk overeen.

Conclusie

De meeste belemmerende factoren voor het zoeken van hulp waren gerelateerd aan stigma (angst voor carrièregevolgen, sociale afwijzing en militaire werkcultuur) en dit werd benoemd door alle drie de verschillende perspectieven. Sociale steun vanuit het thuisfront, collega's, leidinggevende en zorgprofessionals werd gezien als bevorderend voor het zoeken van hulp. De resultaten van de huidige studie geven richting voor zowel toekomstig (interventie)onderzoek als beleid, om ervoor te zorgen dat meer militairen hulp zoeken voor PK/V.

Achtergrond

Wereldwijd worden miljoenen mensen op het werk blootgesteld aan stressvolle factoren die de kans op het ontwikkelen van psychische klachten en/of verslaving (PK/V) verhogen (bijvoorbeeld militairen, politie, artsen)². Militairen hebben bijvoorbeeld een verhoogd risico op het ontwikkelen van PK/V als gevolg van uitzending³. Engels onderzoek laat zien dat 60% van militairen met PK/V hier geen professionele hulp voor zoekt⁴. Het onbehandeld laten van PK/V doet afbreuk aan welzijn en gezondheid, omdat klachten kunnen verergeren. Ook kan het een risico vormen voor de duurzame inzetbaarheid, door een hoger risico op ziekteverzuim en werkloosheid^{5,6}. Bovendien zijn er ook economische kosten verbonden aan het onbehandeld laten van PK/V⁷.

Om ervoor te zorgen dat meer hulp wordt gezocht is het van belang de oorzaken van (geen) hulp zoeken in kaart te brengen. Meerdere literatuurreviews hebben deze oorzaken in kaart gebracht⁸⁻¹⁰, en één van de belangrijkste belemmerende factoren voor het zoeken van hulp is stigma^{4,11}. Het woord stigma betekent brandmerk in het Grieks en refereert naar een tijd waarin slaven en criminelen werden gebrandmerkt om te laten zien aan anderen dat zij ontweken moesten worden⁶. Het gaat dus om het krijgen van een bepaald label/brandmerk op basis van bepaalde eigenschappen. In dit geval door PK/V. Er zijn meerdere vormen van stigma en in overeenkomst met eerder onderzoek¹², zal de huidige studie zich focussen op de volgende drie vormen van stigma: Publiek stigma, zelf-stigma en structureel stigma. Publiek stigma verwijst naar de vooroordelen die leven onder de algemene bevolking over de gestigmatiseerde groep¹³, zelf-stigma kan optreden als mensen de vooroordelen die leven in de maatschappij op zichzelf gaan toepassen¹⁴ en structurele stigma en discriminatie verwijst naar wet- en regelgeving welke in het nadeel werken van mensen met PK/V en/of het anders behandelen van mensen met PK/V¹⁵. Een voorbeeld van hoe stigma belemmerend kan werken voor het zoeken van hulp komt uit een Amerikaanse studie waaruit bleek dat mariniers bang waren dat het zoeken van hulp ervoor zou zorgen dat zij als zwak gezien zouden worden door anderen en dat zij anders behandeld zouden worden¹⁶.

Ondanks dat onderzoek is gedaan naar de belemmerende en bevorderende factoren voor het zoeken van hulp¹⁰, blijft dit een complex fenomeen waarvoor meer onderzoek nodig is^{4,17}. Zo is er bijvoorbeeld nog geen onderzoek naar gedaan in de Nederlandse context. Ook richtte eerder onderzoek zich voornamelijk op de perspectieven van militairen die zelf PK/V hebben en niet op militairen zonder PK/V en zorgprofessionals^{8,10}, terwijl zij ook een belangrijke rol spelen in de keuze om hulp te zoeken. Militairen zonder PK/V maken een belangrijk deel uit van de werkomgeving en kunnen daarmee de keuze om hulp te zoeken beïnvloeden¹⁸. Ook is deze groep relevant voor onderzoek aangezien zij mogelijk zelf in de toekomst PK/V zullen ontwikkelen. Het is ook belangrijk om het perspectief van zorgprofessionals mee te nemen. Onderzoek heeft bijvoorbeeld aangetoond dat (civiele) zorgverleners frequent stigmatiserende attitudes hadden ten aanzien van patiënten met verslaving, wat vaak negatieve effecten bleek te hebben op de kwaliteit van de geboden zorg¹⁹.

Ook zijn zorgprofessionals degenen die mogelijk invloed hebben op hoe de zorg wordt verleend en kunnen zij daarmee mogelijk sommige belemmerende factoren wegnemen. Omdat zij deel van de oplossing kunnen zijn, is het belangrijk dit perspectief ook mee te nemen.

Doel van het huidige onderzoek

Doel van dit onderzoek was het in kaart brengen van belemmerende en bevorderende factoren voor het zoeken van hulp voor PK/V, door middel van een kwalitatieve onderzoeksmethode en vanuit verschillende perspectieven. De onderzoeksvragen waren: (a) Wat zijn belemmerende en bevorderende factoren voor het zoeken van hulp voor PK/V binnen Defensie, en (b) wat zijn de verschillen en overeenkomsten tussen de drie perspectieven (militairen met en zonder PK/V en zorgprofessionals).

	Militairen met PK/V (4 groepen, N=20)	Militairen zonder PK/V (2 groepen, N=10)	Zorg- professionals (2 groepen, N=16)
Leeftijd	46.25 (8.32)	31.8 (10.30)	41.81 (10.29)
Man	18 (90%)	8 (80%)	11 (69 %)
Getrouwd/ samenwonend	19 (95%)	6 (60%)	11 (69%)
Vast contract	20 (100%)	8 (80%)	16 (100%)
Rangen			
Officier	6 (30%)	4 (40%)	15 (94 %)
Onderofficier	10 (50%)	1 (10%)	0 (0%)
Korporaal	0 (0%)	1 (10%)	0 (0%)
Soldaat	0 (0%)	4 (40%)	0 (0%)
Burger	0 (0%)	0 (0%)	1 (6%)
Onbekend	4 (20%)	0 (0%)	0 (0%)
Krijgsmachtonderdeel			
Landmacht	11 (55%)	2 (20%)	n.v.t.
Marine	4 (20%)	5 (50%)	n.v.t.
Luchtmacht	2 (10%)	1 (10%)	n.v.t.
Marechaussee	3 (15%)	0 (0%)	n.v.t.
DOSCO	0 (0%)	2 (20%)	n.v.t.
Psychische klachten *			
PTSS	6 (30%)	n.v.t.	n.v.t.
Depressie	5 (25%)	n.v.t.	n.v.t.
Burn-out	4 (20%)	n.v.t.	n.v.t.
ADHD	2 (10%)	n.v.t.	n.v.t.
Verslaving	2 (10%)	n.v.t.	n.v.t.
Persoonlijkheidsstoornis	2 (10%)	n.v.t.	n.v.t.
Autisme	1 (5%)	n.v.t.	n.v.t.
Functie			
Psycholoog	n.v.t.	n.v.t.	7 (44%)
Maatschappelijk werker	n.v.t.	n.v.t.	3 (19%)
POH-GGZ	n.v.t.	n.v.t.	1 (6%)
Geestelijk verzorger	n.v.t.	n.v.t.	2 (13%)
Bedrijfsarts	n.v.t.	n.v.t.	1 (6%)
Systeem therapeut	n.v.t.	n.v.t.	1 (6%)
Huisarts	n.v.t.	n.v.t.	1 (6%)

PK/V = psychische klachten en/of verslaving.

* Totaal meer dan 100% door dubbele diagnoses.

Tabel 1: Demografische gegevens per set van focusgroepen, weergegeven in gemiddelden (M), standaarddeviaties (SD) en totale aantallen (N (%)).

Methode

Hierna volgt een beknopte omschrijving van de methode. Een uitgebreidere omschrijving van de methode kan gevonden worden in het originele artikel¹.

Opzet

Er is gebruik gemaakt van focusgroepen omdat de interactie tussen deelnemers diepgaand inzicht geeft in complexe onderwerpen^{20,21}. Voor de analyse is gebruik gemaakt van contentanalyse door middel van een inductieve benadering.

Deelnemers

In totaal hebben 46 mensen deelgenomen, verdeeld over acht focusgroepen. De demografische gegevens zijn te vinden in tabel 1.

Procedure

Deelnemers zijn benaderd via (a) flyers op verschillende locaties, (b) psychologen, (c) nieuwsbrieven, (d) persoonlijke contacten van de onderzoekers en (e) mond-tot-mondreclame. Deelnemers hebben eerst een korte demografische vragenlijst ingevuld (inclusief diagnoses).

Daarna is gepraat over de belemmerende en bevorderende factoren voor het zoeken van hulp. Alle focusgroepen vonden plaats op militaire locaties, duurde twee uur, werden opgenomen en later getranscribeerd.

Meetinstrument

Omdat de huidige studie exploratief was, was het doel te zien welke belemmerende en bevorderende factoren deelnemers zelf zouden noemen, met behulp van open vragen. Deelnemers werden gevraagd naar de belemmerende en bevorderende factoren voor het zoeken van hulp. Waar nodig, werd gevraagd naar meer toelichting op het antwoord.

Analyse

Er is een contentanalyse uitgevoerd door middel van een algemene inductieve benadering. Alle transcripten zijn door twee onderzoekers onafhankelijk van elkaar gecodeerd. Verschillen zijn besproken tot er consensus was over de codering. Vervolgens zijn op basis van de codes overkoepelende categorieën geïdentificeerd. Daarna zijn op basis van de categorieën, hoofdcategorieën gemaakt.

Resultaten

Er zijn vijf hoofdcategorieën binnen de belemmerende factoren gevonden:

1. Angst voor negatieve carrièregevolgen.
2. Angst voor sociale afwijzing.
3. Zorgen rond de vertrouwelijkheid.
4. De militaire werkcultuur.
5. Praktische barrières.

Er zijn drie hoofdcategorieën binnen de bevorderende factoren gevonden:

1. Sociale steun.
2. Toegankelijkheid zorgverlening en kennis over waar hulp te verkrijgen is.
3. Militaire zorgverlening.

De overkoepelende resultaten zullen eerst besproken worden, gevolgd door een vergelijking tussen de drie perspectieven. Een volledig overzicht van de resultaten kan gevonden worden in tabel 2.

Belemmerende factoren

Angst voor negatieve carrièregevolgen

Binnen alle focusgroepen werd de angst voor negatieve carrièregevolgen genoemd als belemmerend voor het zoeken van hulp. Deelnemers gaven aan dat het zoeken van hulp kan leiden tot (a) het verlies van werk, (b) anders/negatiever behandeld worden, bijvoorbeeld niet meer mogen doen wat ze leuk vinden aan het werk (op uitzending/oefening gaan) en (c) niet meer door kunnen groeien binnen Defensie. Dit was het geval voor zowel psychische klachten als verslaving, maar kwam nog sterker naar voren voor verslaving.

Voor ons [de luchtmacht] is het heel duidelijk, je mag niet meer vliegen [als je PK/V hebt]. En dat is juist wat mensen het leukst aan hun baan vinden. Daarom stellen ze het zoeken van hulp uit. – Militair zonder PK/V (man).

Toen ik in behandeling was [voor mijn PTSS], hield ik mijn verslaving geheim. Ik dacht, als ik dit nu vertel, zal ik mijn baan verliezen. – Militair met PK/V (man).

Angst voor sociale afwijzing

Binnen alle focusgroepen werd ook genoemd dat de angst voor sociale afwijzing, zeker bij klachten die niet-werkgerelateerd waren, belemmerend was voor het zoeken van hulp. Er was de angst letterlijk uit de groep gezet te worden en als zwak gezien te worden door collega's.

Je wilt iemand die zijn werk goed kan doen, niet een of andere gek. Tijdens onze uitzending hebben wij iemand uit de groep gezet. Omdat, nou ja, hij was gewoon een rare vent. – Militair zonder PK/V (man).

Ook was er de angst (sociaal) afgewezen te worden door de leidinggevende. Deelnemers gaven aan dat leidinggevend en vaak een negatieve houding hebben ten opzichte van hulp zoeken en PK/V in het algemeen, en dat dit van invloed was op het wel of niet zoeken van hulp.

Tijdens militaire training merk je dat het een no-go is. De officieren lachen over elke vorm van psychische hulp. [...]. Er is een trend, PK/V bestaan niet of zijn niet cool, en je zult afgewezen worden door de groep [voor het hebben van PK/V]. – Zorgprofessional (man).

Categorie	Subcategorie	Militairen met PK/V	Militairen zonder PK/V	Zorgprofessionals
Belemmerende factoren				
Angst voor negatieve carrièregevolgen	Verlies van werk (en financiële gevolgen)	✓	✓	✓
	Anders/negatiever behandeld worden	✓	✓	✓
	Geen doorgroeimogelijkheden binnen Defensie	✓	✓	✓
Angst voor sociale afwijzing	Angst afgewezen te worden/uit de groep gezet worden	✓	✓	✓
	Angst als zwak gezien te worden door PK/V	✓	✓	✓
	Negatieve attitude leidinggevende t.o.v. hulp zoeken	X	✓	✓
Zorgen rond de vertrouwelijkheid	Gebrek aan anonimiteit binnen zorgverlening	✓	✓	✓
	Gebrek aan vertrouwensband met zorgprofessional	✓	✓	✓
Militaire werkcultuur	'Can-do'-mentaliteit	✓	✓	✓
	Niet inzien en erkennen dat men hulp nodig heeft	✓	✓	X
	Voorkeur voor eigen problemen oplossen	✓	✓	✓
	Schaamte voor PK/V	✓	X	✓
	Hulp voor militairen met PK/V vanuit collega's/leidinggevende, om zo elkaar te beschermen tegen negatieve gevolgen hulp zoeken	✓	✓	✓
Praktische barrières	Gebrek aan kennis waar en bij wie de militair hulp kan zoeken	✓	✓	✓
	Gebrek aan tijd voor behandeling door onderbezetting en druk programma	✓	✓	✓
Bevorderende factoren				
Sociale steun	Steun en aanmoediging hulp te zoeken vanuit thuisfront	✓	X	X
	Steun en aanmoediging hulp te zoeken vanuit collega's	✓	✓	✓
	Steun en aanmoediging hulp te zoeken vanuit leidinggevende	X	X	✓
	Vertrouwensband met zorgverlener	✓	✓	✓
Toegankelijkheid zorgverlening en kennis over waar hulp te verkrijgen is	Laagdrempelige zorgverlening	✓	✓	✓
	Korte wachtlijsten en snelle doorverwijzing	✓	✓	✓
	Kennis zorgverlening Defensie en waar hulp te zoeken	✓	✓	✓
Militaire zorgverlening	Zorgverlener die bekend is met context Defensie (behalve voor verslaving)	✓	✓	X
	Geheimhoudingsplicht van zorgprofessional	✓	✓	✓

PK/V = Psychische klachten en/of verslaving.

✓ Geeft aan dat de subcategorie besproken werd binnen een bepaalde groep deelnemers.

X Geeft aan dat de subcategorie niet werd besproken binnen een bepaalde groep deelnemers.

Tabel 2: Belemmerende en bevorderende factoren bij hulp zoeken voor psychische klachten en/of verslaving.

Zorgen rond de vertrouwelijkheid

Binnen alle groepen werd besproken dat er zorgen rond de vertrouwelijkheid zijn van de zorgverlening, wat belemmerend werkt voor het zoeken van hulp. Dit is gerelateerd aan de vorige belemmerende factoren, wanneer namelijk niet vertrouwelijk wordt omgegaan met informatie door de zorgverlening, kan dit zorgen voor negatieve carrièeregevolgen en/of sociale afwijzing. Ook is er de angst herkend te worden in de wachtkamer van de hulpverlening en werd aangegeven dat er niet genoeg anonimiteit is binnen de zorgverlening.

Ik kwam een van mijn werknemers tegen in de wachtkamer van de psycholoog – dat was erg ongemakkelijk. – Militair met PK/V (man).

Ook gaven deelnemers aan dat er niet altijd genoeg vertrouwen is tussen de militair en de zorgprofessional. Militairen vertrouwden er niet altijd op dat wat zij zeggen tegen de zorgprofessional ook echt vertrouwelijk blijft. Als reden hiervoor werd ook genoemd dat door de hoge doorstroom van zorgprofessionals (specifiek militair artsen) er niet de tijd is een vertrouwensband op te bouwen.

Militaire werkcultuur

Alle groepen gaven aan dat de militaire werkcultuur belemmerend kan werken voor de keuze om hulp te zoeken. Er werd aangegeven dat de militaire werkcultuur een cultuur is waarbij verwacht wordt dat je sterk bent, alle soorten uitdagingen aangaat, in plaats van zwakte te laten zien, dit wordt ook wel de 'can-do'-mentaliteit genoemd. Door deze 'can-do'-mentaliteit gaven militairen aan dat ze zichzelf als zwak zagen als zij PK/V hadden of zouden hebben.

Militairen zijn gewend de controle te hebben, en er dan achter te komen dat zij zelf iets niet kunnen oplossen [...]. Dan komt er schaamte in het spel. Het is een vorm van falen [om hulp te moeten zoeken]. – Zorgprofessional (man).

Ook deze mentaliteit van altijd maar door willen gaan, staat in de weg voor het zich realiseren en erkennen dat hulp nodig is.

Het begon vier jaar geleden; ik kreeg wat psychische klachten na mijn uitzending. Ik was makkelijk geïrriteerd en kreeg nachtmerries, welke steeds erger werden. Maar je ontkent die symptomen voor jezelf. Je blijft gewoon doorgaan. – Militair met PK/V (man).

Verder kwam naar voren dat militairen het vaak belangrijk vinden hun eigen problemen op te lossen, en hier dus geen hulp voor willen vragen.

Gespreksleider: *Wat zou je doen, mocht je een depressie ontwikkelen?*
Militair: *Ik zou het proberen zelf op te lossen. – Militair zonder PK/V (man).*

Deelnemers gaven aan dat als een gevolg van het zelf willen oplossen van problemen, het ook gebeurt dat hulp wordt geboden binnen de eigen groep. Militairen willen elkaar daarmee beschermen voor de verwachte negatieve gevolgen die hulp zoeken met zich mee kan brengen zoals het verlies van werk.

Er zijn militairen die klachten hebben, maar het zal niet zichtbaar zijn in het systeem. Deze militairen gaan niet in behandeling, omdat ze in de schaduw worden gehouden. We zorgen goed voor elkaar. – Militair met PK/V (man).

[Deelnemer, over een voorbeeld van hoe leidinggevenden kunnen denken]
Er is ook een ethisch stuk dat erbij hoort. Shit, ik weet dat iemand cocaïne gebruikt, ik moet hem ermee confronteren. Maar dit zal ervoor zorgen dat hij zijn baan kwijtraakt.

Hij heeft een vrouw en kinderen. Er zullen gevolgen zijn. Ik wil het niet zien. Ik zie het niet.
– Militair met PK/V (man).

Praktische barrières

Alle groepen bespraken praktische barrières voor het zoeken van hulp. Ten eerste kwam naar voren dat er vaak wel kennis is dat hulp beschikbaar is, maar dat militairen niet weten waar ze heen moeten voor deze hulp.

Gespreksleider: *Zou je weten waar je hulp moest zoeken?*

Militair: *Nou, eigenlijk niet nee.* – Militair zonder PK/V (man).

Ook werd genoemd dat er vaak een gebrek aan tijd is voor het zoeken van hulp door een tekort aan personeel of een druk programma.

[Deelnemer, over wat gezegd zou worden tegen collega's met PK/V]

Je moet niet overdrijven, je moet gewoon met ons meekomen [op oefening], want we hebben je nodig. Schud het van je af en ga gewoon door. – Militair zonder PK/V (man).

Bevorderende factoren

Sociale steun

Sociale steun als aanmoediging om hulp te zoeken werd door alle groepen als bevorderend voor het zoeken van hulp genoemd. Er werden vier bronnen van sociale steun genoemd: thuisfront, collega's, leidinggevenden en zorgprofessionals.

Mijn thuisfront was de reden voor mij [om hulp te zoeken]. Ik was bang veroordeeld te worden op het werk, of dat dit negatieve gevolgen voor mijn carrière zou hebben. Voor mij kwam de steun niet vanuit mijn werk, maar van mijn thuisfront. – Militair met PK/V (man).

Collega's adviseren elkaar om hulp te zoeken. Patiënten zeggen tegen anderen: 'Oh je zou echt hulp moeten zoeken, ik ben ook geweest en mij heeft het echt geholpen.'
– Zorgprofessional (vrouw).

Wanneer een hogere in rang aan zijn lagere in rang laat zien dat psychische hulpverlening belangrijk is, creëert dit een andere sfeer voor het zoeken van hulp. – Zorgprofessional (vrouw).

Het is heel belangrijk een vertrouwensrelatie op te bouwen met de zorgprofessional.
– Militair met PK/V (man).

Toegankelijkheid zorgverlening en kennis over waar hulp te verkrijgen is

Alle groepen bespraken hoe belangrijk het is laagdrempelige/toegankelijke zorgverlening te hebben met korte wachtlijsten en snelle doorverwijzingen. Ook gaven zij aan dat het belangrijk is kennis te hebben over hoe de militaire zorgverlening werkt – dat ze weten waar welke hulp beschikbaar is en bij wie ze het eerst aan moeten kloppen voor hulp.

Militaire zorgverlening

Twee eigenschappen van de militaire zorgverlening werden genoemd als bevorderend voor het zoeken van hulp. Ten eerste gaven deelnemers aan hoe belangrijk het is zorgprofessionals te hebben die bekend zijn met de militaire context – wat het geval is binnen de Nederlandse krijgsmacht. Dit was echter wel alleen het geval voor militairen met psychische klachten, niet voor verslaving. Voor verslaving was er een voorkeur voor hulp buiten Defensie om, vanwege de angst voor negatieve carrièregevolgen.

De zorgprofessional zou iemand moeten zijn die je begrijpt en je ervaringen deelt. Burgers hebben het nooit meegemaakt, je zult elke keer uitleg moeten geven. – Militair zonder PK/V (man).

Ten tweede werd het belang van geheimhoudingsplicht genoemd. Militairen gaven aan dat het verstandig is eerst naar een zorgprofessional te stappen voordat je naar de leidinggevende stapt. Het is verstandig de zorgprofessional advies te vragen, omdat zij verplicht zijn vertrouwelijk om te gaan met wat je ze vertelt. Wel is er echter bij de belemmerende factoren besproken dat deze vertrouwensrelatie tussen militair en zorgprofessional soms ontbreekt.

Verschillen en overeenkomsten tussen de drie perspectieven

Zoals te zien is in tabel 2, waren de besproken belemmerende en bevorderende factoren grotendeels gelijk tussen de drie perspectieven. Alle hoofdcategorieën van de belemmerende en bevorderende factoren werden genoemd door alle drie de perspectieven. Wel zijn een aantal subcategorieën niet besproken binnen bepaalde groepen. Binnen de groep militairen met PK/V zijn de negatieve attitude van leidinggevend en de steun vanuit de leidinggevende niet besproken. Binnen de groep militairen zonder PK/V zijn schaamte voor PK/V en steun vanuit het thuisfront en vanuit de leidinggevende niet besproken. Tot slot, binnen de groep zorgprofessionals zijn het niet erkennen dat hulp nodig is, steun vanuit het thuisfront en het belang van een zorgverlener die bekend is met de defensiecontext niet besproken.

Discussie

Ondanks dat de belemmerende en bevorderende factoren voor het zoeken voor hulp werden besproken vanuit drie perspectieven (militairen met en zonder PK/V en zorgprofessionals), waren er voornamelijk overeenkomsten in de perspectieven. De hoofdcategorieën van belemmerende en bevorderende factoren werden besproken door alle drie de perspectieven met enkele kleine verschillen binnen de subcategorieën. De resultaten geven aan dat het zoeken van hulp een complexe keuze is, wat eerder onderzoek ook al laat zien¹⁷. Er is angst dat hulp zoeken zal zorgen voor negatieve carrièregevolgen en sociale afwijzing, dat er niet vertrouwelijk wordt omgegaan met informatie, de militaire 'can do'-werkcultuur die hulp zoeken tegen gaat, en praktische barrières. Aan de andere kant helpen sociale steun, toegankelijke zorgverlening en het hebben van een militair zorgsysteem weer bij het zoeken van hulp.

Stigma en hulp zoeken

Het grootste deel van de belemmerende factoren voor het zoeken van hulp waren gerelateerd aan verschillende soorten stigma. De angst voor negatieve carrièregevolgen is gerelateerd aan structurele discriminatie, de angst voor sociale afwijzing aan publiek stigma en aspecten van de militaire werkcultuur, bijvoorbeeld schaamte voor PK/V, aan zelf-stigma.

Soortgelijk internationaal onderzoek heeft ook al de angst voor negatieve carrièregevolgen gevonden als barrière voor het zoeken van hulp, maar daar werd vooral de angst anders/negatiever behandeld te worden (bijvoorbeeld niet op uitzending mogen) aangetoond en de angst geen doorgroeimogelijkheden meer te hebben^{4,12,22}. De angst voor het verlies van werk heeft minder aandacht gekregen²³, terwijl dit in de huidige studie wel erkend werd door alle drie de perspectieven, vooral voor verslaving. In internationale interventies blijft de angst voor verlies van werk^{23,24} als barrière voor hulp zoeken daarmee onderbelicht. De angst voor sociale afwijzing, de militaire werkcultuur, zorgen rond de vertrouwelijkheid en praktische barrières zijn ook al gevonden in eerder kwalitatief en kwantitatief internationaal onderzoek^{4,11,23,25,26}.

Sociale steun en hulp zoeken

Sociale steun vanuit het thuisfront en vanuit het werk werd gezien als bevorderend voor het zoeken van hulp, en dit is ook door andere onderzoekers gevonden^{26,27}. Het belang van sociale steun in de

keuze om hulp te zoeken is niet verrassend, aangezien militaire organisaties worden gekenmerkt door sterke sociale cohesie²⁷. De andere twee bevorderende factoren, toegankelijke zorgverlening en militaire zorgverlening, werden ook gevonden in internationaal onderzoek^{12,28}.

Vergelijking bevindingen verschillende perspectieven

Er was grote overeenkomst tussen de drie perspectieven (militairen met en zonder PK/V en zorgprofessionals), wat impliceert dat het zoeken van hulp ook daadwerkelijk een risico vormt voor negatieve carrièregevolgen en sociale afwijzing. Om te zorgen dat meer militairen behandeling krijgen, lijkt het daarom noodzakelijk organisatorische maatregelen te treffen die deze angsten kunnen wegnemen.

Wat betreft de verschillen tussen wat is besproken in de groepen waren er twee opmerkelijke verschillen. Ten eerste, de attitude van de leidinggevende t.o.v. hulp zoeken en PK/V in het algemeen, beiden als belemmerend en bevorderend, werd niet genoemd door militairen die zelf PK/V hebben (gehad). Veel militairen gaven aan dat zij pas hulp zochten toen het echt niet meer anders kon. Eerder onderzoek laat ook zien dat militairen pas hulp zoeken als ze een 'crisis-punt' bereiken^{17,29}. Het kan dus zo zijn dat de rol van de leidinggevende belangrijk is wanneer iemand overweegt hulp te zoeken, maar dat wanneer het eenmaal zo ver is, de rol van de leidinggevende kleiner is.

Ten tweede is het opmerkelijk dat zorgprofessionals niet hebben genoemd dat wanneer militairen zelf niet inzien of erkennen dat hulp nodig is, dit belemmerend kan zijn voor het zoeken van hulp. Het niet erkennen dat hulp nodig is, is in eerder onderzoek ook gevonden als belemmerend voor het zoeken van hulp, maar is, zover bekend bij de auteurs, nooit eerder gevonden in een populatie van zorgprofessionals³⁰. Dit lijkt logisch omdat zorgprofessionals alleen de militairen zien die erkend hebben dat hulp nodig is. Maar het verhogen van het bewustzijn van zorgprofessionals hierover kan zorgprofessionals hulp bieden in keuzes over hoe zij de zorg het beste kunnen aanbieden en hoe zij nieuwe patiënten benaderen.

Sterktes en beperkingen huidige onderzoek

De eerste sterkte van het huidige onderzoek is dat er gebruik is gemaakt van meerdere perspectieven. Dit geeft een uitgebreid en realistisch beeld van het onderwerp^{26,31,32}. Ook waren er deelnemers met een verslaving, ondanks dat dit een gevoelig onderwerp is binnen Defensie. De resultaten lieten zien dat de angst voor carrièregevolgen het sterkst waren voor verslaving, wat aangeeft dat het includeren van deelnemers met verslaving van toegevoegde waarde is geweest. Een tweede sterkte van het huidige onderzoek is dat dit het eerste onderzoek is naar de belemmerende en bevorderende factoren voor het zoeken van hulp binnen de Nederlandse krijgsmacht is. Andere studies vonden vooral plaats in Engeland, Canada en de USA¹². Verder heeft het huidige onderzoek verschillende maatregelen genomen zodat deelnemers zich veilig zouden voelen om te praten over dit gevoelige onderwerp. Er is voor gezorgd dat deelnemers binnen één focusgroep niet binnen dezelfde eenheid werkten, deelnemers kwamen in burgerkleding om zo niet de verschillen in rangen te benadrukken en de leiders van de focusgroep hadden op geen enkele manier invloed op de carrière van de deelnemers.

De eerste beperking van het huidige onderzoek is de relatief lage diversiteit van deelnemers in termen van leeftijd en rangen, met een groep relatief oudere militairen en militairen met een hogere rang. De tweede beperking is dat deelnemers zichzelf hebben aangemeld voor het onderzoek waardoor een selectie kan zijn ontstaan die een vertekend beeld geeft. Echter kwalitatief onderzoek heeft nooit het doel om representatief te zijn, maar juist nieuwe inzichten te genereren die daarna op grotere schaal kwantitatief getoetst gaan worden, wat ook bij dit onderzoek gebeurt. De derde beperking is dat het gebruik van focusgroepen zorgt dat anonimiteit niet gewaarborgd is binnen een groep. Hierdoor kunnen deelnemers sociaal-wenselijke antwoorden geven.

Maar zoals beschreven in de sectie met sterktes zijn verschillende maatregelen genomen om dit zoveel mogelijk tegen te gaan, zodat deelnemers vrijuit konden spreken.

Implicaties voor de praktijk en toekomstig onderzoek

De grote overeenkomsten tussen de verschillende perspectieven impliceert dat het zoeken van hulp ook echt een risico vormt voor negatieve carrièregevolgen en sociale afwijzing, wat een reëel risico vormt voor het welzijn, de gezondheid en duurzame inzetbaarheid van militairen. Structurele en organisatorische oplossingen zijn nodig om te zorgen dat de stap naar hulpverlening niet leidt tot verlies van werk, beschadigde carrièrekansen of sociaal verstoten worden. Vooral het verhogen van sociale steun en aanmoediging om hulp te zoeken vanuit leidinggevenden kan vermoedelijk een grote bijdrage leveren. Ook steun en aanmoediging vanuit het thuisfront, collega's en zorgprofessionals, kan ervoor zorgen dat meer militairen hulp zoeken voor PK/V. Toekomstig onderzoek moet zich richten op hoe sociale steun voor militairen met PK/V verhoogd kan worden en wat het effect is van innovatieve interventies op het zoeken van hulp. Een beginpunt voor de militaire gezondheidszorg zou zijn interventies die in het buitenland effectief zijn gebleken in het verhogen van sociale steun, zoals de 'peer-to-peer programs' en programma's voor het thuisfront in de USA³⁴, te implementeren binnen de Nederlandse krijgsmacht.

Het huidige onderzoek liet ook de belangrijke rol van stigma zien bij het zoeken van hulp. Met name de angst voor carrièregevolgen (structurele-discriminatie), angst voor sociale afwijzing (publiek-stigma) en de militaire werkcultuur (zelf-stigma) vormen een barrière voor het zoeken van hulp. De militaire gezondheidszorg kan, samen met verschillende partijen die zich bezighouden met personeelsbeleid, kijken naar het implementeren van anti-stigma-interventies die in het buitenland effectief blijken te zijn. Een voorbeeld hiervan is de online stigma-vermindering interventie welke zelf-stigma vermindert³⁵.

Toekomstig (interventie)onderzoek en beleid moet zich dus gaan focussen op de belemmerende en bevorderende factoren gevonden uit de huidige studie om ervoor te zorgen dat meer militairen hulp zullen zoeken voor PK/V, om zo ook de duurzame inzetbaarheid van militairen te verhogen.

Dankbetuiging

Wij willen de deelnemers van dit onderzoek hartelijk danken voor de openhartige gesprekken die ons inzicht hebben gegeven in dit belangrijke onderwerp.

Financiering

Het onderzoek is voornamelijk gefinancierd door het IMPACT PhD Programma 2018 van Tilburg University. Ook is het onderzoek deels gefinancierd door het ministerie van Defensie. Deze financiering heeft geen invloed gehad op de interpretatie van data, het schrijven van het artikel of de keuze het artikel te publiceren.

S U M M A R Y

BARRIERS AND FACILITATORS FOR TREATMENT-SEEKING FOR MENTAL HEALTH CONDITIONS AND SUBSTANCE MISUSE: MULTI-PERSPECTIVE FOCUS GROUP STUDY WITHIN THE MILITARY

Background

Globally, millions are exposed to stressors at work that increase their vulnerability to develop mental health conditions and substance misuse (such as soldiers, policemen, doctors). However, these types of professionals especially are expected to be strong and healthy, and this contrast may worsen their treatment gap. Although the treatment gap in the military has been studied before, perspectives of different stakeholders involved have largely been ignored, even though they play an important role.

Aims

To study the barriers and facilitators for treatment-seeking in the military, from three different perspectives.

Method

In total, 46 people participated, divided into eight homogeneous focus groups, including three perspectives: soldiers with mental health conditions and substance misuse (n = 20), soldiers without mental health conditions and substance misuse (n = 10) and mental health professionals (n = 16). Sessions were audio-taped and transcribed verbatim. Content analysis was done by applying a general inductive approach using ATLAS.ti-8.4.4 software.

Results

Five barriers for treatment-seeking were identified: fear of negative career consequences, fear of social rejection, confidentiality concerns, the 'strong worker' workplace culture and practical barriers. Three facilitators were identified: social support, accessibility and knowledge, and healthcare within the military. The views of the different stakeholder groups were highly congruent.

Conclusions

Barriers for treatment-seeking were mostly stigma related (fear of career consequences, fear of social rejection and the 'strong worker' workplace culture) and this was widely recognised by all groups. Social support from family, peers, supervisors and professionals were identified as important facilitators. A decrease in the treatment gap for mental health conditions and substance misuse is needed and these findings provide direction for future research and destigmatising interventions.

Source: BJPsych Open (2020), 6, e146, 1. doi: [10.1192/bjo.2020.136](https://doi.org/10.1192/bjo.2020.136).

Referenties:

1. Bogaers R., Geuze E., Van Weeghel J., Leijten F., Van de Mheen D., Varis P. et al.: Barriers and facilitators for treatment-seeking for mental health conditions and substance misuse: multi-perspective focus group study within the military. *BJPsych Open*. 2020;6(6).
2. McFarlane A.C., Williamson P., Barton C.A.: The impact of traumatic stressors in civilian occupational settings. *Journal of public health policy*. 2009;30(3):311-27.
3. Reijnen A., Rademaker A., Vermetten E., Geuze E.: Prevalence of mental health symptoms in Dutch military personnel returning from deployment to Afghanistan: a 2-year longitudinal analysis. *European Psychiatry*. 2015;30(2):341-6.
4. Sharp M-L., Fear N.T., Rona R.J., Wessely S., Greenberg N., Jones N. et al.: Stigma as a barrier to seeking health care among military personnel with mental health problems. *Epidemiologic reviews*. 2015;37(1):144-62.
5. Leijten F.R., De Wind A., Van den Heuvel S.G., Ybema J.F., Van der Beek A.J., Robroek S.J. et al.: The influence of chronic health problems and work-related factors on loss of paid employment among older workers. *J Epidemiol Community Health*. 2015;69(11):1058-65.
6. Brouwers E.P.: Social stigma is an underestimated contributing factor to unemployment in people with mental illness or mental health issues: position paper and future directions. *BMC psychology*. 2020;8(1):1-7.
7. Chisholm D., Sweeny K., Sheehan P., Rasmussen B., Smit F., Cuijpers P. et al.: Scaling-up treatment of depression and anxiety: a global return on investment analysis. *The Lancet Psychiatry*. 2016;3(5):415-24.
8. Clement S., Schauman O., Graham T., Maggioni F., Evans-Lacko S., Bezborodovs N. et al.: What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychological medicine*. 2015;45(1):11-27.
9. Schnyder N., Panczak R., Groth N., Schultze-Lutter F.: Association between mental health-related stigma and active help-seeking: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*. 2017;210(4):261-8.
10. Kantor V., Knefel M., Lueger-Schuster B.: Perceived barriers and facilitators of mental health service utilization in adult trauma survivors: A systematic review. *Clinical Psychology Review*. 2017;52:52-68.
11. Vermetten E., Greenberg N., Boeschoten M.A., Delahaije R., Jetly R., Castro C.A. et al.: Deployment-related mental health support: comparative analysis of NATO and allied ISAF partners. *European journal of psychotraumatology*. 2014;5(1):23732.
12. Coleman S., Stevelink S., Hatch S., Denny J., Greenberg N.: Stigma-related barriers and facilitators to help seeking for mental health issues in the armed forces: a systematic review and thematic synthesis of qualitative literature. *Psychological Medicine*. 2017;47(11):1880-92.
13. Wright K.M., Cabrera O.A., Bliese P.D., Adler A.B., Hoge C.W., Castro C.A.: Stigma and barriers to care in soldiers postcombat. *Psychological Services*. 2009;6(2):108.
14. Vogt D.: Mental health-related beliefs as a barrier to service use for military personnel and veterans: a review. *Psychiatric services*. 2011;62(2):135-42.
15. Rüsch N., Thornicroft G.: Does stigma impair prevention of mental disorders? *The British Journal of Psychiatry*. 2014;204(4):249-51.
16. Greenberg N., Langston V., Fear N., Jones M., Wessely S.: An evaluation of stress education in the Royal Navy. *Occupational Medicine*. 2008;59(1):20-4.
17. Rafferty L.A., Wessely S., Stevelink S.A., Greenberg N.: The journey to professional mental health support: a qualitative exploration of the barriers and facilitators impacting military veterans' engagement with mental health treatment. *European Journal of Psychotraumatology*. 2019;10(1):1700613.

18. Kim P.Y., Britt T.W., Klocko R.P., Riviere L.A., Adler A.B.: Stigma, negative attitudes about treatment, and utilization of mental health care among soldiers. *Military psychology*. 2011.
19. Van Boekel L.C., Brouwers E.P., Van Weeghel J., Garretsen H.F.: Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: systematic review. *Drug and alcohol dependence*. 2013;131(1-2):23-35.
20. Ritchie J., Lewis J., Nicholls C.M., Ormston R.: *Qualitative research practice: A guide for social science students and researchers*: sage; 2013.
21. Cyr J.: The pitfalls and promise of focus groups as a data collection method. *Sociological methods & research*. 2016;45(2):231-59.
22. Hom M.A., Stanley I.H., Schneider M.E., Joiner Jr T.E.: A systematic review of help-seeking and mental health service utilization among military service members. *Clinical psychology review*. 2017;53:59-78.
23. Zinzow H.M., Britt T.W., McFadden A.C., Burnette C.M., Gillispie S.: Connecting active duty and returning veterans to mental health treatment: Interventions and treatment adaptations that may reduce barriers to care. *Clinical psychology review*. 2012;32(8):741-53.
24. Xu Z., Huang F., Kösters M., Staiger T., Becker T., Thornicroft G. et al.: Effectiveness of interventions to promote help-seeking for mental health problems: systematic review and meta-analysis. *Psychological medicine*. 2018;48(16):2658-67.
25. Adler A.B., Britt T.W., Riviere L.A., Kim P.Y., Thomas J.L.: Longitudinal determinants of mental health treatment-seeking by US soldiers. *The British Journal of Psychiatry*. 2015;207(4):346-50.
26. Zinzow H.M., Britt T.W., Pury C.L., Raymond M.A., McFadden A.C., Burnette C.M.: Barriers and facilitators of mental health treatment seeking among active-duty army personnel. *Military Psychology*. 2013;25(5):514-35.
27. Black K.J., Britt T.W., Zinzow H.M., Pury C.L., Cheung J.H.: The Role of Social Support in Treatment Seeking Among Soldiers. *Occupational Health Science*. 2019;3(3):337-61.
28. Kotzias V., Engel C.C., Ramchand R., Ayer L., Predmore Z., Ebener P. et al.: Mental health service preferences and utilization among women veterans in crisis: perspectives of veterans crisis line responders. *The journal of behavioral health services & research*. 2019;46(1):29-42.
29. Murphy D., Hunt E., Luzon O., Greenberg N.: Exploring positive pathways to care for members of the UK Armed Forces receiving treatment for PTSD: a qualitative study. *European journal of psychotraumatology*. 2014;5(1):21759.
30. Pury C.L., Britt T.W., Zinzow H.M., Raymond M.A.: Blended courage: Moral and psychological courage elements in mental health treatment seeking by active duty military personnel. *The Journal of Positive Psychology*. 2014;9(1):30-41.
31. Sheehan L.L., Corrigan P.W., Al-Khouja M.A., Team SoSR: Stakeholder perspectives on the stigma of suicide attempt survivors. *Crisis*. 2016.
32. Corrigan P.W., Shah B.B., Lara J.L., Mitchell K.T., Combs-Way P., Simmes D. et al.: Stakeholder perspectives on the stigma of fetal alcohol spectrum disorder. *Addiction Research & Theory*. 2019;27(2):170-7.
33. Payne S.E., Hill J.V., Johnson D.E.: The use of unit watch or command interest profile in the management of suicide and homicide risk: rationale and guidelines for the military mental health professional. *Military medicine*. 2008;173(1):25-35.
34. Greden J.F., Valenstein M., Spinner J., Blow A., Gorman L.A., Dalack G.W. et al.: Buddy-to-Buddy, a citizen soldier peer support program to counteract stigma, PTSD, depression, and suicide. 2010.
35. Cornish M.A., Brenner R.E., Vogel D.L., Wade N.G.: Evaluation of an online help seeking stigma-reduction intervention for military personnel. *Stigma and Health*. 2019;4(4):480.



Aanmelden voor abonnement NMGT

Reeds in 2013 is door de Directie Communicatie (DCO) besloten het geautomatiseerde tijdschriften administratie-systeem (GETAS) uit te faseren. Sindsdien is er voor het GETAS geen exploitatiegeld meer opgenomen in de begroting. Het daadwerkelijk uitzetten van het GETAS is per 1 februari 2017 geëffectueerd. Vanaf deze datum zijn er vanuit Defensie geen adresgegevens meer verstrekt. Dit betreft ook een deel van het abonneebestand van het NMGT, t.w. het beroeps- en actief reservepersoneel van de militair geneeskundige dienst. Dit personeel wordt in het abonneebestand aangeduid met de letter 'G' gevolgd door het vroeger gebruikte militair registratienummer. Door het door Defensie niet meer verstrekken van de adresgegevens, worden de mutaties in dit bestand door de redactie van het NMGT niet meer gezien en derhalve ook niet meer verwerkt.

Instromend personeel

Om het nieuw instromend personeel dat behoort tot de hiervoor genoemde categorieën in de gelegenheid te stellen zich te abonneren op het digitale NMGT, mag ik de abonnees verzoeken dit nieuwe personeel te wijzen op het bestaan van ons tijdschrift. Zij kunnen zich dan eveneens abonneren door een e-mail te sturen naar de secretaris op e-mailaccount nmgt@mindef.nl, met vermelding van uw NAW-gegevens en het e-mailadres waarop u het tijdschrift wenst te ontvangen o.v.v. 'aanmelden abonnement NMGT'. Uiteraard zijn aan dit abonnement geen kosten verbonden.

Uitstromend personeel

Wanneer u als militair of burgermedewerker binnenkort de dienst verlaat dan kunt u het abonnement op het digitale NMGT kosteloos voortzetten. U hoeft dan alleen maar uw naam, adres, woonplaats en e-mailadres door te geven aan de secretaris van het tijdschrift.

E-mailadres: a.sondeijker.01@mindef.nl of a.sondeijker@kpnmail.nl

De secretaris NMGT A. Sondeijker

Ondanks een verbeterde fysieke fitheid van rekruten die initieel onvoldoende fit waren, nog steeds een hoog risico op uitval – resultaten van een gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek

Samenvatting en toelichting

door kapitein I. Dijkma MSc^a, luitenant-kolonel-arts prof. dr. W.O. Zimmermann^b,
drs. D. Bovens^c, prof. dr. C. Lucas^d, dr. M.M. Stuiver^e

^a Klinisch epidemioloog Eerstelijns Gezondheidszorg Bedrijf en promovendus Faculteit der Geneeskunde, Amsterdam UMC en universitair docent Master Evidence Based Practice in Health Care, Amsterdam UMC.

^b Senior sportarts bij de afdeling Trainingsgeneeskunde en Trainingsfysiologie (TGTF), Utrecht, tevens adjunct professor of military and emergency medicine, Uniformed Services University of the Health Sciences, Bethesda, Maryland, USA

^c Medisch adviseur, arts Directie Personeel & Organisatie afdeling Gezondheidszorg, sectie Instandhouding CLAS, Utrecht.

^d Klinisch epidemioloog, bijzonder hoogleraar Evidence Based Practice, Amsterdam UMC.

^e Klinisch epidemioloog, universitair docent Master Evidence Based Practice in Health Care, Amsterdam UMC.

Artikel ontvangen december 2020.

Oorspronkelijk artikel: Dijkma I., Zimmermann W.O., Bovens D., Lucas C., Stuiver M.M.: Despite an improved aerobic endurance, still high attrition rates in initially low-fit recruits—results of a randomised controlled trial.

Contemporary Clinical Trials Communications, Volume 20, December 2020.

Het volledige artikel is [online](#) beschikbaar.

Samenvatting

Achtergrond

Uit onderzoek is gebleken dat onvoldoende fysieke fitheid sterk is geassocieerd met een verhoogd risico op blessures tijdens de initiële militaire opleiding, wat frequent leidt tot uitval tijdens de opleiding.

Doelstelling

Het doel van dit onderzoek was om het effect van een opwerkprogramma te bepalen voor leerlingen die initieel onvoldoende fit waren op uithoudingsvermogen, het ontstaan van blessures, en het risico op uitval tijdens de militaire opleiding van de Luchtmobiele Brigade.

Participanten

Rekruten kwamen in aanmerking voor het opwerkprogramma indien zij bij aanvang van de opleiding lieten zien over onvoldoende uithoudingsvermogen te beschikken. Dit wordt gemeten door middel van de 2700-meterlooptest. De grens voor inclusie werd gesteld op $\geq 12'23''$, wat neer komt op één standaarddeviatie van de gemiddelde score van alle leerlingen uit 2017. Leerlingen die 2700 meter $< 12'23''$ aflegden, werden beschouwd als voldoende fit en vervolgden de militaire opleiding zonder aanpassingen.

Interventies

De onvoldoende fitte rekruten werden gerandomiseerd over twee groepen. Leerlingen die werden gerandomiseerd tot de interventiegroep werden, na informed consent, overgeplaatst naar het opwerkpeloton om het 8 tot 12 weken durende opwerkprogramma te volgen waarna zij instroomden in de eerstvolgende opkomst. Leerlingen in de controlegroep vervolgden de reguliere militaire opleiding zonder vertraging.

Resultaten

In deze studie werden 49 rekruten geïnccludeerd; 26 in de interventiegroep en 23 in de controlegroep. Na het opwerkprogramma startten de leerlingen uit de interventiegroep de militaire opleiding met een beter uithoudingsvermogen dan leerlingen uit de controlegroep die zonder vertraging waren gestart (tijd 2700-meterlooptest: interventiegroep 11'32", controlegroep 13'16"). Het risico op uitval was lager in de interventiegroep (incidentiedichtheidsratio (IDR) 0.63, 95% CI 0.32; 1.26), maar uitval als gevolg van blessures was meer frequent (IDR 1.23, 95% CI 0.32; 4.76), zonder statistisch significante verschillen tussen de groepen.

Conclusie

Ondanks dat het opwerkprogramma effectief was om de aanvangsfithheid te verbeteren tot het minimale niveau, was in deze studie geen significant effect zichtbaar op het risico op uitval tijdens de initiële opleiding van de Luchtmobiele Brigade.

Toelichting

Deze gerandomiseerde gecontroleerde studie maakt deel uit van het promotieonderzoek van Iris Dijkma. Zij doet onderzoek naar het vóórkomen en voorkómen van musculoskeletale blessures en uitval bij militairen in opleiding.

Deze studie geeft inzicht in het effect van een fysiek opwerkprogramma voor de initiële opleiding van de Luchtmobiele Brigade. Het komt frequent voor dat de fysieke fitheid van aspirant militairen achteruitgaat in de periode tussen de fysieke keuring en de opkomst van de initiële militaire opleiding. Het risico op blessures en uitval tijdens de opleiding bleek groter bij leerlingen die bij aanvang onvoldoende fit waren – gemeten door middel van de 2700-meterlooptest – dan bij leerlingen die hun fysieke fitheid op peil hadden gehouden.

Het opwerkprogramma bleek effectief om de aanvangsfithheid te verbeteren tot het minimale niveau, maar ondanks dat was er geen significant effect zichtbaar op het risico op uitval tijdens de initiële opleiding van de Luchtmobiele Brigade, mogelijk door gedeelde andere oorzaken van uitval. Vervolgonderzoek zou kunnen focussen op het identificeren en meten van sociale en mentale factoren die tevens van invloed zijn op het risico op uitval. Vervolgens kan worden onderzocht hoe die factoren kunnen worden betrokken bij het ontwerpen en evalueren van blessure- en uitvalpreventieve strategieën, met als doel de effecten van dergelijke strategieën te optimaliseren.

SUMMARY

DESPITE AN IMPROVED AEROBIC ENDURANCE, STILL HIGH ATTRITION RATES IN INITIALLY LOW-FIT RECRUITS—RESULTS OF A RANDOMISED CONTROLLED TRIAL

Background

Low baseline fitness of recruits entering basic military training (BMT) is associated with an increased risk of musculoskeletal injuries (MSIs) and attrition from training.

Objective

To determine the effects of a pre-training conditioning program (PCP) on aerobic endurance, incidence of musculoskeletal injuries (MSIs), and attrition rates in BMT of a special infantry unit of the Netherlands Armed Forces.

Participants

Recruits were considered eligible for this study when they were 'low-fit' at the start of BMT (time to complete a 2.7-km run $\geq 12' 23''$).

Interventions

'Low-fit' recruits were deferred to a seven to twelve week – depending on the time between two consecutive training platoons – PCP consisting of functional training to improve several fitness domains. The control (CON) group started regular BMT without delay.

Results

Forty-nine recruits were included in this study; 26 in the PCP-group and 23 in the CON-group. Recruits who followed the PCP started BMT with better aerobic endurance than the CON-group who started BMT immediately (2.7 km run timings: PCP 11'32", CON 13' 16"). The risk of dropout was lower in the PCP-group (incidence density ratio (IDR) 0.63, 95%CI 0.32; 1.26), but dropout due to training-related MSIs was more frequent (IDR 1.23, 95%CI 0.32; 4.76 (per-protocol 0.94, 95%CI 0.24; 3.63), without statistically significant differences between the groups.

Conclusion

Although a PCP was effective to improve aerobic endurance in low-fit recruits to return to meet pre-enlistment fitness criteria, we could not demonstrate an effect on dropout from military training.

The full-text article is available [online](#).

Ontwikkeling en validatie van een predictiemodel om de individuele kans op uitval te voorspellen tijdens de mariniersopleiding

Samenvatting en toelichting

door kapitein I. Dijkma MSc^a, dr. M.H.P. Hof^b, prof. dr. C. Lucas^c, dr. M.M. Stuiver^d

^a Klinisch epidemioloog Eerstelijns Gezondheidszorg Bedrijf en promovendus Faculteit der Geneeskunde, Amsterdam UMC en universitair docent Master Evidence Based Practice in Health Care, Amsterdam UMC.

^b Statisticus, assistant professor, Epidemiology and Data Science, Amsterdam UMC.

^c Klinisch epidemioloog, bijzonder hoogleraar Evidence Based Practice, Amsterdam UMC.

^d Klinisch epidemioloog, universitair docent Master Evidence Based Practice in Health Care, Amsterdam UMC.

Artikel ontvangen januari 2021.

Oorspronkelijk artikel: Dijkma I., Hof M.H.P., Lucas C., Stuiver M.M.: Development and Validation of a Dynamically Updated Prediction Model for Attrition From Marine Recruit Training.

J Strength Cond Res January 15, 2021. doi: 10.1519/JSC.0000000000003910

Het volledige artikel is [online](#) beschikbaar.

Samenvatting

Net als het ontstaan van blessures is ook uitval uit de initiële militaire opleiding multifactorieel. Alleen al het bepalen van de reden van uitval (zoals als gevolg van lichamelijke klachten, heimwee, of gebrek aan motivatie) is dikwijls complexer dan in eerste instantie verwacht. Dit artikel beschrijft de ontwikkeling van een predictiemodel gebruik makend van prospectief verzamelde data van 744 mariniers in opleiding. Het model is ontwikkeld door middel van een landmark analyse in een Cox proportioneel hazard model en voorspelt de individuele kans op uitval op basis van kenmerken bij aanvang van de opleiding en wekelijks gemeten fysieke en mentale fitheidsstatus. Het discriminatief vermogen (c-index) van het predictiemodel was 0,78; 0,75; en 0,73 in week één, week vier en week twaalf van de mariniersopleiding. Specialisten betrokken bij het opleiden en trainen van mariniers (zoals Fieldlab managers) kunnen dit model gebruiken om rekruten met een verhoogd risico op uitval tijdig te herkennen om zowel op individueel als groepsniveau adequate aanpassingen te kunnen realiseren.

Toelichting

Deze prospectieve studie maakt deel uit van het promotieonderzoek van Iris Dijkma. Zij doet onderzoek naar het vóórkomen en voorkómen van musculoskeletale blessures en uitval bij militairen in opleiding.

Uit eerder onderzoek bleek dat het uitvalspercentage tijdens de Elementaire Militaire Vorming Mariniers > 50% was. Ook bleek dat één op de vier leerlingen uitvalt tijdens de opleiding als gevolg van een blessure. Deze studie geeft inzicht in de ontwikkeling en interne validatie van een algoritme om de individuele kans op uitval tijdens de mariniersopleiding te voorspellen. Het model kan door middel van kenmerken bij aanvang van de opleiding (zoals gewicht en fysieke fitheid) en wekelijks gemeten fysieke en mentale fitheidsstatus (zoals zin om de week te beginnen), wekelijks de individueel geüpdatete kans op uitval berekenen en derhalve leerlingen met een verhoogd risico op uitval tijdig onderkennen. Door middel van een web-based applicatie kunnen specialisten betrokken bij het opleiden en trainen van mariniers dit model in de praktijk inzetten en tijdig zowel op individueel als op groepsniveau adequate aanpassingen realiseren.

DEVELOPMENT AND VALIDATION OF A DYNAMICALLY UPDATED PREDICTION MODEL FOR ATTRITION FROM MARINE RECRUIT TRAINING

Whether fresh Marine recruits thrive and complete military training programs, or fail to complete, is dependent on numerous interwoven variables. This study aimed to derive a prediction model for dynamically updated estimation of conditional dropout probabilities for Marine recruit training. We undertook a landmarking analysis in a Cox proportional hazard model using longitudinal data from 744 recruits from existing databases of the Marine Training Center in the Netherlands. The model provides personalized estimates of dropout from Marine recruit training given a recruit's baseline characteristics and time-varying mental and physical health status, using 21 predictors. We defined nonoverlapping landmarks at each week and developed a supermodel by stacking the landmark data sets. The final supermodel contained all but one a priori selected baseline variables and time-varying health status to predict the hazard of attrition from Marine recruit training for each landmark as comprehensive as possible. The discriminative ability (c-index) of the prediction model was 0.78, 0.75, and 0.73 in week one, week 4 and week 12, respectively. We used 10-fold cross-validation to train and evaluate the model. We conclude that this prediction model may help to identify recruits at an increased risk of attrition from training throughout the Marine recruit training and warrants further validation and updates for other military settings.

The full-text article is available [online](#).

MEDEDELING



Netherlands School of Public & Occupational Health



Klik voor meer informatie over elke nascholing of opleiding op de titel.

Inlichtingen: www.nspoh.nl, telefoon (030) 8100500, e-mail info@nspoh.nl

Motiverende gespreksvoering

Je wilt je gesprekken zo voeren dat je cliënten een weloverwogen besluit nemen. Een besluit om iets te veranderen. Of juist niet. Het werk weer oppakken? Gezonder leven? Een iets andere opvoedstijl? In deze geheel vernieuwde training versterk je je communicatieve vaardigheden en ontdek je de paradox van gedragsverandering.

Voor wie: professionals in occupational en public health die te maken hebben met direct cliëntcontact, waarbij gedragsverandering een belangrijke rol speelt

Datum: 4 en 18 juni 2021

Omgaan met weerstand

Wat doe je als adviseur als mensen het oneens zijn met je voorstel? Verzend niet in discussie, maar benoem, erken en bevraag het probleem. Leer de blokkades en impasses begrijpen en buig ze in precies de goede richting! Deze module geeft handvatten om professioneel om te gaan met weerstand in organisaties.

Voor wie: artsen en andere professionals die adviseren of veranderingen begeleiden

Datum: 7 en 21 juni en 5 juli 2021 (9.00-12.30 uur)

Urologie en werk (nieuw)

Wat zijn de meest voorkomende urologische ziektebeelden? En hoe kun je werknemers daarin begeleiden? Je leert het in deze nieuwe module.

Voor wie: bedrijfs- en verzekeringsartsen, artsen M+G, sociaal geneeskundigen, medisch adviseurs en arboverpleegkundigen

Datum: 9 juni 2021

Taakdelegatie door de bedrijfsarts

Taakdelegatie door de bedrijfsarts komt steeds vaker voor. Wil jij leren wat volgens de regels van de wetgever en de NVAB wel en niet kan en mag? In één dag leer je hoe je je eigen taakdelegatie vormgeeft.

Voor wie: bedrijfsartsen

Datum: 10 juni 2021

Participatiewet

Wil je in korte tijd meer kennis van en inzicht in de Participatiewet ontwikkelen? Tijdens deze training raak je vertrouwd met deze wet. Het programma is gebaseerd op de dagelijkse uitvoeringspraktijk, waarmee je je dienstverlening en adviesvaardigheden kunt optimaliseren.

Voor wie: artsen, arbeidsdeskundigen en andere professionals die te maken hebben met de WWB/Wet Bijzondere Bijstand/Participatiewet

Datum: 10, 17 en 24 juni 2021

Capability, de basis voor duurzame inzetbaarheid

In het huidige werkklimaat is het cruciaal om een balans te vinden tussen wat de werknemer belangrijk vindt en de mogelijkheden die het bedrijf daarin biedt. Alleen dan blijven mensen duurzaam inzetbaar. Het capability-denken biedt een verfrissende kijk op dit vraagstuk. Leer hoe je activiteiten en interventies rond participatie, vitaliteit en inzetbaarheid integreert.

Voor wie: professionals en adviseurs die zich bezighouden met vraagstukken rond participatie en duurzame inzetbaarheid

Datum: 11 en 18 juni 2021

Helder denken over doelen

Heb je een ambitieus doel voor ogen voor jouw team of organisatie, maar raak je verstrikt in de uitwerking? Gun jezelf het plezier van deze masterclass, en leer werken met een Doelenladder.

Voor wie: iedereen die ambities wil vertalen naar effectieve plannen

Datum: 11 en 25 juni 2021 (9.30 - 12.30 uur)

Hoofdpijn en werk

Leer meer over de verschillende soorten hoofdpijn, de (h)erkenning van deze aandoening en de invloed ervan op arbeid en verzuim.

Voor wie: bedrijfsartsen en verzekeringsartsen

Datum: 21 juni 2021

Stoppen met roken: tabaksverslaving

Stoppen met roken is de belangrijkste bijdrage die rokers aan hun gezondheid kunnen leveren. Je speelt als professional een essentiële rol in het bespreekbaar maken van rookgedrag en het begeleiden bij stoppen. Hoe je dat doet, leer je in deze module.

Voor wie: praktijkondersteuners, (long)verpleegkundigen, doktersassistenten, artsen en andere professionals in de zorg die begeleiden bij stoppen met roken

Datum: 22 juni 2021



Nieuwsbrief Defensie Gezondheidszorg

Nummer 1, januari 2021

Operationele gezondheidszorg

Vereenvoudiging Zelfhulp & Kameradenhulp (ZHKH)

De ZHKH is aangepast en is hiermee eenvoudiger en efficiënter gemaakt. Het verbetert de kwaliteit van zorg en door het terugbrengen van het aantal handelingen van 27 naar 17 is het makkelijker te onthouden. De belangrijkste aanpassing is de overstap naar een nieuw protocol. In plaats van het oude <C>ABDCE-protocol, geldt het MARCH-protocol: Massive bleeding, Airway, Respiration, Circulation en Hypothermia prevention en ook reanimatie is toegevoegd. Dit nieuwe MARCH-protocol sluit beter aan bij de internationale richtlijnen van de NAVO en de VN. De aangepaste versie wordt vanaf nu uitgerold en iedere militair moet zich de komende jaren de nieuwe versie van het MARCH-protocol eigen maken. Meer informatie hierover volgt via de eigen eenheid. Alle informatie over de vernieuwde ZHKH is op de [Sharepoint-pagina](#) van het Defensie Gezondheidszorg Opleidings- en Trainingscentrum (DGOTC) terug te vinden. Lees voor meer informatie over de aangepaste opleidings- en trainingsmaterialen het volledige nieuwsbericht op [intranet](#).

Veterinaire instructies Militaire Werkhonden (MWH)

In veterinaire instructies voor MWH worden de (preventieve) maatregelen aangegeven die nodig zijn voor een verantwoorde inzet van de militaire werkhond. Deze maatregelen worden bepaald aan de hand van de risico's in het betreffende land voor de gezondheid en inzetbaarheid van de MWH en voor de gezondheid van de hondenbegeleiders. De veterinaire instructie voor [Aruba en Curaçao](#) is begin januari geactualiseerd. Kijk voor het overzicht van alle reeds verschenen veterinaire instructies op [deze link](#).

Jaaroverzicht 2020 Kenniscentrum DGOTC

Binnen het kennisdomein militaire gezondheidzorg heeft het Kenniscentrum (KC) DGOTC de taak tot kennisvergaring en kennisproductie voor de operationele gezondheidszorg, zowel op personeel-, materieel- als procedureel gebied. De in 2020 gerealiseerde kennisproducten met betrekking tot de operationele gezondheidszorg en de geneeskundige NAVO-publicaties die vorig jaar zijn verschenen zijn in een [jaaroverzicht](#) gebundeld. De verschillende producten kunnen via linkjes in het document geopend worden.

Vergoedingen/verzekeringsvoorwaarden

Verzekeringsvoorwaarden Stichting Ziektekostenverzekering Krijgsmacht (SZVK) 2021

De [verzekeringsvoorwaarden SZVK](#), het [reglement functionele indicatie](#), het [reglement hulpmiddelen](#) en een nieuwsbrief waarin de wijzigingen van de verzekeringsvoorwaarden voor 2021 zijn vermeld, zijn te downloaden via [intranet](#) of [internet](#). Op intranet zijn daarnaast ook de [tarieven](#) voor de geneeskundige handelingen curatieve zorg door Defensie voor het jaar 2021 terug te vinden.

COVID-19

Defensie volgt vaccinatiebeleid VWS

Defensie volgt de door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) opgestelde vaccinatievolgorde. Dit betekent onder meer dat defensiemedewerkers die in ziekenhuizen of verzorgingshuizen werken op korte termijn worden gevaccineerd. Er wordt momenteel ook bekeken of het vaccineren van militairen via de eigen gezondheidscentra kan. Defensie ontlast dan de civiele zorg en heeft beter zicht op wie gevaccineerd is. Op basis van operationele noodzaak kan ook een eigen prioritering opgesteld worden. Dit gebeurt dan wel binnen de landelijke volgorde. Met het ministerie van Buitenlandse Zaken wordt bekeken hoe uitgezonden militairen en in het buitenland geplaatst defensiepersoneel gevaccineerd kunnen worden. De betreffende medewerkers worden daarover persoonlijk op de hoogte gehouden.

Kamerbrief vaccinatiestrategie

De minister van VWS heeft op 4 januari in een brief aan de Tweede Kamer een update gegeven t.a.v. de vaccinatiestrategie COVID-19. De Kamerbrief en de bijbehorende roadmap zijn via [internet](#) te downloaden.

Inzet Defensie in de strijd tegen COVID-19

Nu het aantal besmettingen weer toeneemt krijgt Defensie opnieuw verzoeken om bijstand. In deze [infographic](#) is in kaart gebracht, waar medisch personeel momenteel wordt ingezet.

Militairen gezocht voor onderzoek effectiviteit (snel)testen op COVID-19

Defensie is een onderzoek gestart naar de effectiviteit van (snel)testen op COVID-19. Het onderzoek wordt uitgevoerd door het Coördinatiecentrum Expertise Arbeidsomstandigheden en Gezondheid, samen met de operationele commando's en in samenwerking met het RIVM en het Academisch Medisch Centrum. Het doel van dit onderzoek is het verhogen van de veiligheid en inzetbaarheid van defensiepersoneel. Dat vraagt om betrouwbare testen. Op korte termijn zijn nog 100 extra deelnemers nodig. Alleen militairen kunnen zich voor dit onderzoek aanmelden als ze voldoen aan één van de volgende criteria:

- Militairen die nu klachten hebben passend bij COVID-19 en contact hebben gehad met iemand bij wie COVID-19 vermoed wordt (al dan niet getest).
- Militairen die geen klachten hebben, maar wel recent (afgelopen dagen) contact hebben gehad met een persoon met bewezen COVID-19.
- Militairen die willen weten of ze COVID-19 positief zijn of COVID-19 gehad hebben.

Deelname aan het onderzoek vindt plaats op vrijwillige basis. Wie mee wil doen aan dit onderzoek kan een e-mail sturen naar luitenant-kolonel-arts [A.J. Soons](#). Kijk voor meer informatie over dit onderzoek op [intranet](#).

Duurzaam Gezond Inzetbaar (DGI)

Update DGI-wijzer: Zicht op (werk)stress

De Stresswijzer van DGI is geüpdatet naar de tool 'Zicht op (werk)stress'. In deze nieuwe versie zie je nu in één oogopslag welke defensievoorzieningen je kunt benaderen bij welke (werk)stressthema's. Ook krijg je direct meer informatie over deze interne voorzieningen en waar zij te vinden zijn. De nieuwe Stresswijzer staat op de [intranetpagina](#) van DGI.

Thema lessen vitaliteit in de opleiding van beveiligers

In de maanden januari en februari 2021 verzorgen een aantal experts gelieerd aan DGI en Trainingsgeneeskunde & Trainingsfysiologie/CLAS lessen in de initiële opleiding van beveiligers die gaan werken bij de Defensie Bewakings- en Beveiligingsorganisatie (DBBO). Het team van experts, bestaande uit twee gezondheidswetenschappers, twee sportpsychologen, een sociale psycholoog, en twee leefstijlcoaches, zal verschillende onderwerpen behandelen rondom het overkoepelende thema 'vitaliteit', zoals slaap en nachtwerk, mentale (onder)belasting en de leefstijlthema's voeding, bewegen en roken in relatie tot het beveiligingswerk. De lessen vormen een pilot; de Integrale Beroepsvaardigheden Training (IBT)-instructeurs die de initiële opleiding bij DBBO verzorgen zullen de bevindingen van deze proeflessen meenemen in het verder vormgeven van het curriculum.

Kortingsacties

Het aanbod aan kortingsacties voor defensiemedewerkers wordt continue uitgebreid. Vanaf april kun je bijvoorbeeld een ticket voor Walibi kopen met €10 korting. Ook de Fitwinkel doet mee en geeft extra korting op sportkleding. De lopende acties bij M line matrassen en kussens en Fletcher Hotels zijn met een jaar verlengd. Verder werkt DGI nu samen met een partij die samenwerkingen heeft met alle personeelsverenigingen bij het Rijk. Ook is DGI in gesprek met diverse nieuwe partijen, o.a. op het gebied van gezonde voeding, vakanties, elektronica en boeken. Houd daarom de intranetpagina van [Zingeving en Werkplezier](#) goed in de gaten!

Opleiding en training

Werkbezoek minister aan DGOTC

De minister van Defensie was vrijdag 15 januari op werkbezoek bij het Defensie Gezondheidszorg Opleidings- en Trainingscentrum (DGOTC). Het DGOTC blijft vernieuwen. Naast het leveren van

opleidingen, trainingen en kennisproducten voor de operationele gezondheidszorg staat het DGOTC ook klaar voor medisch personeel in de strijd tegen COVID-19. Zo werd een teststraat nagebouwd om testafname te oefenen en ook voor het ondersteunen bij het vaccineren wordt medisch personeel in rap tempo klaargestoomd. De minister complimenteerde het DGOTC voor hun flexibiliteit. Een video van het werkbezoek van de minister is via [intranet](#) te bekijken.

Veteranenzorg

Start Nederlands Veteraneninstituut m.i.v. 6 januari 2021

De zes grootste Nederlandse organisaties die zich al jaren inzetten voor de Nederlandse veteranen, dienstslachtoffers en hun relaties, gaan samen verder als één organisatie: het Nederlands Veteraneninstituut. Met vereende krachten, zet deze organisatie zich breed in voor erkenning, waardering en zorg voor veteranen en hun thuisfront. Verbinden, vertrouwen en vernieuwen zijn de belangrijke kernwaarden van het Nederlands Veteraneninstituut. Door de samenvoeging in één nieuwe organisatie. Het Nederlands Veteraneninstituut, brengen de voormalige organisaties stichting Veteraneninstituut, stichting de Basis, de afdeling Zorgcoördinatie van het ABP/APG, het programmabureau van het Landelijk Zorgsysteem voor Veteranen, de coördinatie Nuldelijnsondersteuning van het Veteranenplatform en de stichting Nederlandse Veteranendag alle kennis, kracht en kunde samen.

Het Nederlands Veteraneninstituut verwacht met deze samenvoeging tot één loket nog beter in te kunnen spelen op de behoefte aan erkenning, waardering en zorg voor veteranen en hun thuisfront.

Minister van Defensie Ank Bijleveld: *“Door kracht en kennis te bundelen en zo overlap te voorkomen, ontstaat meer ruimte voor innovatie. En met één toegangspoort voor vragen en dienstverlening (het Veteranenloket) op veteranengebied, is het Nederlands Veteraneninstituut sneller in staat om op nieuwe ontwikkelingen te reageren.”*

Brigade-generaal Paul Hoefsloot is per 1 januari aangetreden als directeur-bestuurder van het Nederlands Veteraneninstituut. Hij heeft vertrouwen in de nieuwe organisatie en haar medewerkers: *“Er is de afgelopen tijd heel veel werk verzet om de samenvoeging te realiseren. Het is nu aan ons om de nieuwe organisatie samen vorm te geven. De gezamenlijke motivatie is er zeker en we beseffen voor wie we het allemaal doen.”*

Voormalig staatssecretaris van Defensie Jack de Vries is voorzitter van de Raad van Toezicht van het Nederlands Veteraneninstituut. De Vries: *“De waardering en de zorg voor onze veteranen zijn van groot belang. Gelukkig zijn we dat in Nederland steeds meer gaan zien. Het nieuwe Nederlands Veteraneninstituut gaat dat nog meer versterken en het is mooi dat ik daaraan mag bijdragen.”*

De kick-off van de nieuwe organisatie was op 6 januari jl. Het evenement is via [internet](#) terug te kijken.

Rapport ‘Focus op Dutchbat-III’ en aanbevelingen van de begeleidingscommissie aangeboden aan Tweede Kamer

Medio december is het rapport ‘Focus op Dutchbat-III’ en de aanbevelingen van de begeleidingscommissie, door de minister aangeboden aan de Tweede Kamer. De aanleiding voor dit onderzoek is dat ca. 850 militairen van Dutchbat-III, 25 jaar na de gebeurtenissen in Srebrenica nog altijd last hebben van de gevolgen van de uitzending. Het gaat o.a. om problemen die voortkomen uit de negatieve beeldvorming, het ervaren van gebrek aan erkenning en waardering en goede zorg(toegang). Het onderzoek is uitgevoerd door ARQ Nationaal Psychotrauma Centrum. Het rapport is te downloaden via [intranet](#).

Nederlands Militair Geneeskundig Tijdschrift

NMGT, nr. 1 (januari 2021)

Het eerste nummer van het [NMGT](#) van 2021 is uit, met hierin o.a. een uitgebreid artikel van kapitein ter zee-arts b.d. (psychiater) J.P. de Wit die in zeven praktijkscenario's een terugblik geeft op zijn werk op het gebied van de maritiem-militaire psychiatrie. Omdat De Wit in 2007 met functioneel leeftijdsontslag is gegaan en er binnen Defensie en dus ook in de militaire gezondheidszorg wel het e.e.a. is veranderd heeft de redactie de Militair Geestelijke Gezondheidszorg gevraagd om een voorwoord bij dit artikel te voegen en het artikel daarmee in de context te plaatsen van de huidige tijd.

De nieuwsbrief (e-bulletin) van en voor de militaire gezondheidszorg is een maandelijkse uitgave van de Staf Defensie Gezondheidszorg Organisatie (DGO).

Reacties of onderwerpen kunt u mailen naar p.burema@mindef.nl

Deze nieuwsbrief en meer informatie over (militaire) gezondheidszorg is te vinden op het [intranet](#) en op de [startpagina](#) Gezondheidszorg Defensie:

Aan- of afmelden voor de nieuwsbrief kan via Paulien Burema, tel: 030-218 4247 of per e-mail: p.burema@mindef.nl



Defensie Ondersteuningscommando
Ministerie van Defensie

Nieuwsbrief Defensie Gezondheidszorg

Nummer 2, februari 2021

Richtlijnen/instructies

Richtlijn RMG/076 'bijstand in juridische procedures door en voor zorgverleners bij de Militair Geneeskundige Dienst' ingetrokken

In de richtlijn RMG/076 'bijstand in juridische procedures door en voor zorgverleners bij de Militair Geneeskundige Dienst (MGD)' wordt beschreven hoe zorgverleners moeten handelen wanneer zij vanwege de uitoefening van hun functie beroepshalve betrokken raken bij een juridische procedure. Bij de actualisatie van deze richtlijn is geconstateerd dat er strijdigheden zijn met de Regeling tegemoetkoming kosten rechtskundige hulp (RTKR). Omdat deze regeling van een hogere orde is, wordt de RMG/076 [ingetrokken](#). Aangezien de overige informatie uit de RMG/076 – vooral juridische procedures en de mogelijke rol van de zorgverleners daarin – eenvoudig via internet te verkrijgen is wordt de RMG/076 voor dat deel van de informatie niet in stand gehouden. De RTKR is via [internet](#) te raadplegen. Voor meer informatie kunnen medewerkers van de MGD ook terecht bij de juristen van de staf DGO: [Wout van Wissen](#) en [Margriet Martin](#).

Operationele gezondheidszorg

Draagbare monitor en defibrillator voor geneeskundige keten

De Algemeen Militair Verpleegkundige (AMV), op de gewondenvoertuigen en in de geneeskundige keten daarboven, krijgen de beschikking over de Tempus ALS. Met dit apparaat kan de AMV de vitale functies van een patiënt controleren en digitaal delen. Het apparaat heeft ook een defibrillatormodule. Tot nu toe ging een patiëntenoverdracht mondeling of op papier. De Tempus ALS zendt gegevens over bloeddruk, hartslag, ademhaling bij intubatie, zuurstofvoorziening in het bloed en het hartritme direct digitaal naar een arts in een ziekenhuis. Dit kan zowel draadloos van Tempus naar Tempus of met een kabel of USB-stick. Ook onder operationele omstandigheden kan een arts of Role 2 d.m.v. deze techniek live meekijken naar de toestand van de patiënt en advies geven. Het is mogelijk om verwondingen op een digitale bodymap aan te klikken en naast de tekstuele data kunnen ook foto's via een GSM-verbinding, satellietradio of digitale militaire radio verzonden worden.

COVID-19

Updates informatiepagina COVID-19

Op de informatiepagina COVID-19 is onder voorlichtingsmateriaal de video '[Blijf je aan de COVID-19-maatregelen houden](#)' toegevoegd. Daarnaast zijn in de onderstaande richtlijnen de volgende updates doorgevoerd:

- [Richtlijn 'Reiniging en desinfectie'](#)
 - Desinfectie kleding bij hoog-risico vervuiling: wassen op lang programma op minimaal 40 graden Celsius. Indien mogelijk (bijvoorbeeld militair of medisch tenue) wassen op 60 graden Celsius.
- [Richtlijn 'Inzet en testbeleid'](#)
 - Betreft korte uitbreiding uitleg testbeleid niet-nauwe contacten. Uitleg stond eerst in voetnoot, nu in hoofdtekst.
- [Uitvoeringsrichtlijn 'Testen defensiemedewerkers i.v.m. verplaatsing buitenland'](#)
 - Op dit moment is alleen het testen voor missies beschikbaar cf. de in deze uitvoeringsrichtlijn beschreven werkwijze. Voor het testen voor alle overige indicaties wordt gewerkt aan een oplossing. Via de lijn wordt u geïnformeerd wanneer er weer voor de overige indicaties getest kan worden cf. de in deze uitvoeringsrichtlijn beschreven werkwijze.
 - (Burger)medewerkers, die in het kader van een dienstreis gebruikmaken van een Travel Clinic om zich te laten testen op COVID-19, wordt geadviseerd gebruik te maken van een Travel Clinic die voldoet aan de AVG-regelgeving.
- [Uitvoeringsrichtlijn 'Testen defensiemedewerkers met klachten'](#)

- Uitvoering en ontvangen testuitslag aangepast.
- De inzet en het beleid bij het gebruik van sneltesten is toegevoegd.
- Conclusie toegevoegd.

Evaluatierapport: Uitvoering Zorgplan inzet COVID-19 'Lessons Learned'

Defensie wordt vanaf maart 2020 tot op heden ingezet om bijstand te verlenen in de strijd tegen het coronavirus. Tijdens deze periode is met Directie Operaties (DOPS) J1, G1 Commando Landstrijdkrachten (CLAS), Militaire Geestelijke Gezondheidszorg (MGGZ) en Dienst Bedrijfsmaatschappelijk Werk (DBMW) het '[zorgplan inzet COVID-19](#)' (versie 1, 29 april 2020) opgesteld. Dit zorgplan waarborgt de continuïteit van zorg voor de ingezette defensiemedewerker. Het hoofddoel van deze zorg is om in een vroegtijdig stadium eventuele psychosociale stress te signaleren en daar waar nodig adequate zorg te kunnen bieden om zodoende eventuele problemen en uitval te voorkomen. Recentelijk heeft de DBMW een evaluatie uitgevoerd op dit zorgplan. Alle opgedane ervaringen vóór, tijdens en na inzet COVID-19 door de defensiemedewerkers, zijn hierin opgenomen. Tevens zijn in deze evaluatie de ervaringen van de bedrijfsmaatschappelijk werkers meegenomen die ondersteuning gaven in de zorg aan deze defensiemedewerker. De DBMW heeft de uitkomsten van deze evaluatie en de daaruit voorkomende Lessons Learned gebundeld in het evaluatierapport '[Uitvoering Zorgplan inzet Covid-19' Lessons Learned](#)'.

MGZ 2020

Documentatieportaal Militaire Gezondheidszorg (MGZ)

Vanuit het programma MGZ 2020, deed projectleider Susanne Lucieer vorig jaar onderzoek naar professionalisering van kennisdocumentatie MGZ. Kennisdocumentatie is niet eenvoudig terug te vinden en er kan ook niet altijd vertrouwd worden op de actualiteit en relevantie van de informatie. Zowel zorgprofessionals als stafmedewerkers binnen de MGZ hebben aangegeven behoefte te hebben aan een professionele oplossing voor dit probleem. Om dit succesvol vorm te geven moet dit op drie domeinen aangepakt worden; systeem, cultuur en inhoud. Daarvoor zal eerst een keus gemaakt moeten worden voor een IV-systeem; professionele software of SharePoint. In een vervolgproject zal dit onderzocht en uitgewerkt worden. Totdat er een definitieve oplossing is gevonden is begin december als tussenoplossing het Documentatieportaal MGZ opgezet. Dit portaal is via diverse ingangen, o.a. de [DGO-site](#) (tabblad publicaties ->overzichten) terug te vinden. Bent u kenniseigenaar of beheerder van kennisdocumentatie en staat er nog geen link naar deze documenten op het portaal, geef dit dan per e-mail door aan [Paulien Burema](#).

Wet- en regelgeving

Inzage in medisch dossier door nabestaanden

Begin 2020 is de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) gewijzigd. Een van de wijzigingen betreft de regeling over het inzagerecht in medische dossiers door nabestaanden, na het overlijden van een patiënt. Alle informatie uit een medisch dossier van een patiënt valt onder het beroepsgeheim van een hulpverlener, maar er zijn een aantal uitzonderingen op deze regel. Zo is er inzagerecht na een incident of inzage vanwege een zwaarwegend belang. Ook kan de patiënt bij leven toestemming hebben gegeven of dit juist geweigerd hebben.

Mogelijk krijgen zorgverleners bij Defensie ook te maken met een verzoek om inzage in het dossier door nabestaanden. De Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) heeft recent een handreiking over de inzage in medische dossiers door nabestaanden geschreven. Hierin gaan ze uitgebreid in op alle regels rondom dit onderwerp.

Mochten er vragen zijn over dit onderwerp, of heeft u te maken met een verzoek om inzage door een nabestaande, kunt u altijd contact opnemen met de juristen van staf DGO; [Wout van Wissen](#) en [Margriet Martin](#). Zowel de [infographic](#) als de [handreiking](#) zijn via de *internetsite* van de KNMG te downloaden.

Wetenschappelijk onderzoek

Oprichting Bureau Innovatie

Op 1 januari 2021 is het Bureau Innovatie (BI) van DGO gestart. BI werkt binnen de afdeling Strategische Militaire Gezondheidszorg (SMG) aan het faciliteren van wetenschappelijke onderzoeksaanvragen bij de Stichting Ziektekosten Verzekering Krijgsmacht (SZVK). Ook richt BI zich op het stimuleren van

wetenschappelijk onderzoek en het continueren en uitbreiden van de regie op alle wetenschappelijke onderzoeken en innovatie-ontwikkelingen binnen de Militaire Gezondheidszorg (MGZ). Hierdoor ontstaat zicht op de diverse onderzoeken en innovaties binnen de MGZ. Het verkennen van de externe markt op nieuwe ontwikkelingen en de eventuele mogelijkheden voor de MGZ en daarbij deze kennis met u delen, is een ambitie van BI. Dit alles met het doel samen met u het welzijn van de defensiemedewerker te bevorderen. Het bureau bestaat uit een administratief medewerker: Brigitte Stijfs, een senior medewerker: Asmara Kortenbroek en het hoofd: Ashwand Prahladsingh.

Mocht u vragen, ideeën en/of een ondersteuningsbehoefte hebben, dan kunt u contact met hen opnemen. Hun e-mailadres is: DOGO.Bureau.Innovatie@mindef.nl

Ontwikkeling en validatie van een predictiemodel om de individuele kans op uitval tijdens de militaire opleiding te voorspellen

Net als het ontstaan van blessures is ook uitval uit de initiële militaire opleiding een combinatie van meerdere factoren. Als onderdeel van haar promotieonderzoek heeft kapitein Iris Dijkma in samenwerking met onder andere FieldLab MOC en een statisticus van het Amsterdam UMC een predictiemodel ontwikkeld en gevalideerd om de individuele kans op uitval te voorspellen op basis van kenmerken bij aanvang van de opleiding en wekelijks gemeten fysieke en mentale fitheidsstatus. Specialisten betrokken bij het opleiden en trainen van mariniers kunnen dit model gebruiken om leerlingen met een verhoogd risico op uitval tijdig te herkennen om zowel op individueel als groepsniveau adequate aanpassingen te kunnen realiseren. Het artikel is full-tekst beschikbaar via [internet](#) (zie ook p. 117-118 *Red.*).

Trainingsbelasting monitoren en blessurepreventie bij militairen in opleiding: overwegingen voor het duurzaam trainen van militairen

Blessures gedurende de militaire opleiding resulteren frequent in uitval tijdens de opleiding. Binnen (top)sport zijn zeven op wetenschap gebaseerde principes voorgesteld aangaande het managen van trainingsbelasting ten einde het risico op blessures te minimaliseren. De vraag is of deze principes kunnen worden toegepast binnen militaire opleidingen met als doel de incidentie en de impact van blessures en uitval als gevolg van blessures te verminderen. Kapitein Iris Dijkma heeft in samenwerking met (militaire) trainingsexperts een artikel geschreven hoe deze principes zouden kunnen worden toegepast binnen militaire opleidingen. Het artikel is full-tekst beschikbaar via [internet](#) (zie ook p. 115-116 *Red.*).

Berichtgeving BMB

In memoriam Norbert Vandenboorn

Donderdag 14 januari kreeg het bedrijf Bijzondere Medische Beoordelingen (BMB) het droevige bericht dat hun collega Norbert Vandenboorn op 54-jarige leeftijd is overleden. Norbert is na de vervulling van de dienstplicht werkzaam geweest als psycholoog bij de militair-psychologische en sociale dienst van de Koninklijke Landmacht waar hij eerste luitenant is geworden. Vanaf 1998 was hij als burgermedewerker in dienst van Defensie maar hij bleef reservist. En sinds 2007 was hij werkzaam als psycholoog bij de afdeling psychiatrisch advies van het bedrijf BMB.

Norbert stond bekend als een consciëntieus medewerker, die de tijd nam voor gesprekken met de cliënten en daarover uitgebreide rapportages schreef. We verliezen in hem een gewaardeerde medewerker.

Personele mededelingen

Bevordering commandant Militair Revalidatie Centrum (C-MRC)

Maandag 25 januari is Léon Jans, C-MRC, bevorderd tot kolonel. Dit gebeurde tijdens de zeepkistsessie van staf DGO op de Kromhoutkazerne. Bij de herwaardering van de functie van C-MRC, die vorig jaar plaatsvond is de functie opgewaardeerd naar kolonel.

Vanaf het scherm werd Jans lovend toegesproken door generaal-majoor Jeulink (plaatsvervangend Commandant Landstrijdkrachten), die aangaf dat het niet meer dan logisch was om Jans, die prima functioneert, te bevorderen tot kolonel op zijn 'eigen' functie. Daarna gaf hij het woord over aan de commandant DGO, commandeur-arts Remco Blom, die na een persoonlijk woord voor Jans, de beschikking voorlas. In verband met COVID-19 werd het bier voor het natmaken van de rangonderscheidingstekens vanaf de hoger gelegen vide geschonken. De echtgenote van Jans, die bij de bevordering aanwezig was, kreeg een mooie bos bloemen overhandigd.

Duurzaam Gezond Inzetbaar (DGI)

Terugblik Week van de Werkstress naar Werkplezier

Ruim 2500 defensiemedewerkers hebben in november aan hun vitaliteit gewerkt in de Week van de Werkstress naar Werkplezier. Vanwege de aangescherpte COVID-19-maatregelen vond de week overwegend online plaats. Er was een divers aanbod aan webinars en workshops, in totaal zijn ruim 200 activiteiten georganiseerd.

Dit was het tweede jaar dat Defensie deze week organiseerde. Alle deelnemers zijn gevraagd een evaluatievragenlijst in te vullen. Met deze input hoopt DGI in 2021 wederom een succes van deze week te maken. Enkele quotes van deelnemers:

- *Het is goed om aandacht te besteden aan stress en mij er jaarlijks bewust van te maken, top!*
- *Leuke activiteiten en workshops, geven even een 'break' in het alledaagse. Zorgt ook voor nieuwe inzichten.*
- *Dat dit bestaat. Jammer dat leidinggevend er weer niets van weten. Dat ligt waarschijnlijk meer aan hun dan aan jullie.*
- *De mogelijkheid om eens andere dingen te proberen en tips en tools te krijgen is echt top en draagt bij aan ontspanning.*
- *Mooi gevarieerd programma, veel interessante onderwerpen.*
- *Het was bijna een overweldigend aanbod.*

Wilt u weten wat u precies eet?

In het nieuwe kassasysteem van Paresto, dat geleidelijk bij alle kazernes wordt ingevoerd, kunt u precies zien hoeveel calorieën uw maaltijd bevat! Scan de QR-code om te zien of uw gekozen lunch of ontbijt voldoet aan de richtlijnen goede voeding.

Cursus Wellness Recovery Action Plan (WRAP)

Er komen veel aanmeldingen binnen voor de WRAP-cursus, inmiddels is er een wachtlijst van 100 personen. Er wordt nu gezocht naar mogelijkheden om deze cursus COVID-19-proof te kunnen verzorgen. Aangezien online deelname voor deze cursus geen goede optie blijkt te zijn, worden nu facilitators opgeleid. Als alles goed verloopt kan in mei/juni gestart worden met een eerste reeks WRAP-cursussen. Achter de schermen wordt hard gewerkt en de organisatie vraagt iedereen nog even geduld te hebben.

Kijk [hier](#) voor meer informatie over de WRAP-cursus.

Kijk voor een overzicht van alle DGI-workshops die in 2021 worden gehouden op de [intranetsite](#) van DGI.

'Digitale Health Prikker'

Fysiek afspreken is lastig in deze tijd. Om hieraan tegemoet te komen en u uit te dagen of te stimuleren om aandacht voor uw gezondheid en vitaliteit te hebben, verzorgt leefstijlcoach Monique Smit ook in 2021 Digitale Health Prikkers (DHP) voor medewerkers van de Staf CLAS. Een DHP is een korte (45 minuten) online workshop waarin op interactieve wijze een leefstijlthema aan de orde komt. Iedere drie weken op een vrijdagochtend van 09.00-09.45 uur. Onderwerpen die gepland staan zijn: Leefstijl en Blue Zones, Etiketten lezen, Werkplek Fitness, Multitasken en nog meer. Kijk [hier](#) voor meer informatie en stuur een e-mail naar dgi.lsc@mindef.nl als u wilt deelnemen aan een DHP.

Veiligheid en Arbo

Werkprogramma 2021 Inspectie Veiligheid Defensie

In het [werkprogramma 2021](#) van de Inspectie Veiligheid Defensie (IVD) is te lezen dat dit jaar onderzocht wordt in hoeverre het veiligheidsmanagement van Defensie is ingericht op het beheersen van de gevolgen voor Defensie van een pandemie als COVID-19 en welke lessen de organisatie trekt om voorbereid te zijn op dit soort situaties. Tegelijkertijd doen de Inspectie Militaire Gezondheidszorg (IMG) en de Inspecteur-Generaal der Krijgsmacht (IGK) onderzoek naar respectievelijk de medische lessen die Defensie uit de pandemie moet trekken en de beleving van de defensiemedewerkers. De onderzoeken worden grotendeels gezamenlijk uitgevoerd ter bevordering van de integraliteit en om de toezichtlast voor defensieonderdelen te beperken.

Algemene informatie

Overzicht van DWRD-sites en SWR's

Bent u op zoek naar een overzicht van alle door u gevolgde Digitale Werkruimte Defensie (DWRD)-sites en Samenwerkingsruimtes (SWR's). Gebruik dan de [deze link](#).

Veteranenzorg

RZO-verslag werkzaamheden

Eind januari heeft de Raad voor civiel-militaire Zorg en Onderzoek (RZO) een verslag over haar werkzaamheden (periode juli 2019 t/m december 2020) aangeboden aan de Tweede Kamer. Dit verslag is gelijk de eindrapportage van de RZO. Met de oprichting van het Nederlands Veteraneninstituut (NLVi) en het instellen van de Raad van Toezicht is een overlap ontstaan met de werkzaamheden van de RZO. Het in stand houden van de RZO als toezichthouder is daarmee niet meer opportuun.

De Raad concludeert in haar eindrapportage dat de zorg aan veteranen verder is verbeterd en dat het Landelijk Zorgsysteem voor Veteranen (LZV) een belangrijke inspanning heeft geleverd om de veteranenzorg tijdens de coronacrisis te verbeteren. Een punt van aandacht is de capaciteit van het gespecialiseerd maatschappelijk werk. Tot slot vraagt de RZO in haar rapport bijzondere aandacht voor de samenwerking in de zorg en op het gebied van onderzoek met andere beroepsgroepen om innovatie te bevorderen en effectiever om te gaan met financiële middelen en gespecialiseerde behandelcapaciteit. Het verslag is na te lezen via [intranet](#).

Parlementaria

Kamervragen over inzet zorgpersoneel

Kamerlid Karabulut (SP) heeft eind december vragen gesteld aan de minister van Defensie over het verzoek voor inzet van defensiepersoneel ter ondersteuning van het zorgpersoneel. De beantwoording van deze Kamervragen is op [intranet](#) terug te vinden.

Symposia/nascholingen/informatiebijeenkomsten

2 maart Nederlands Congres Volksgezondheid 2021

Normaal gesproken vindt ieder voorjaar het Nederlands Congres Volksgezondheid plaats. Door COVID-19 is dit nu niet mogelijk, maar in plaats daarvan worden een aantal webinars georganiseerd, die inhaken op actuele thema's. De eerste in de reeks heeft als thema publieke gezondheid en de verkiezingen. Onder leiding van voorzitter Lea Bouwmeester worden drie inhoudelijke dialogen gevoerd over een maatschappelijke uitdaging waarbij gezondheid als hefboom kan fungeren. De volgende hefbomen komen aan de orde:

- Hoe wordt de coronacrisis het kantelpunt naar een meer gezonde en vitale samenleving?
- Hoe wordt denken en werken vanuit preventie de voor de hand liggende aanpak?
- Hét klimaat, uw gezondheid: hoe verbinden we beide aan elkaar?

Datum: dinsdag 2 maart

Tijd: 20:00-21:15 uur

Locatie: online sessie via Zoom

Deelname is gratis.

U ontvangt op maandag 1 maart de link voor deelname na aanmelding via deze [internetlink](#).

Kijk voor meer informatie op [internet](#).

30 maart 2021: Online nascholingsmiddag CMH

Na een periode van uitstel vanwege COVID-19 is er binnenkort weer een nascholing vanuit het Centraal Militair Hospitaal (CMH). Het thema is: One Stop Shop tweedelijns zorg voor de militair. Van schouderklachten tot sterilisatiewens, van onderbeenproblematiek tot snurken en van cardiovasculair risicomanagement (CVRM) tot diabetes; alle betrokken zorgverleners en diagnostiek in een dag. De specialisten geven een update over de verschillende One Stop Shops en de recente behandelrichtlijnen. Omdat fysieke nascholingen nog niet mogelijk zijn is gekozen voor een webinar.

Datum: 30 maart 2021

Tijd: 13:00-17:00 uur

Aanmelden: per e-mail [directiesecretariaat](mailto:directiesecretariaat@cmh.nl) van het CMH.

De nieuwsbrief (e-bulletin) van en voor de militaire gezondheidszorg is een maandelijks uitgave van de Staf Defensie Gezondheidszorg Organisatie (DGO).

Reacties of onderwerpen kunt u mailen naar p.burema@mindef.nl

Deze nieuwsbrief en meer informatie over (militaire) gezondheidszorg is te vinden op het [intranet](#) en op de [startpagina](#) Gezondheidszorg Defensie:

Aan- of afmelden voor de nieuwsbrief kan via Paulien Burema, tel: 030-218 4247 of per e-mail: p.burema@mindef.nl

WENKEN VOOR INZENDERS VAN KOPIJ

1. ALGEMEEN

a. Wijze van inzenden

Zend uw kopij met alle bijlagen naar het e-mailadres van dit tijdschrift, nmgmt@mindef.nl

b. Adressering

Vermeld bij inzending van de kopij - indien het artikel meer dan één auteur telt - welke daarvan als correspondent optreedt. Vermeld diens naam, rang of titel, militair registratienummer of geboortedatum (dag, maand, jaar), huis- en e-mailadres.

c. Uitvoering

Bied uw tekst in MS Word aan in platte tekst. Geef in de tekst de plaats aan van de afbeeldingen, tabellen en grafieken. Voeg de afbeeldingen separaat bij (zie 3.b.).

d. Talen

Aanbieding van Nederlandse tekst heeft de voorkeur. Auteurs kunnen hun bijdrage desgewenst ook in de Engelse taal aanbieden; het artikel wordt dan in deze taal afgedrukt.

e. Voortgang bewerking aangeboden kopij

Nadat de ontvangst van de kopij is bevestigd, wordt de tekst in eerste instantie door de bureauredactie gecorrigeerd en geredigeerd en ter goedkeuring aan de auteur teruggestuurd. Na retourontvangst wordt de kopij vervolgens ter beoordeling voorgelegd aan de redactieleden.

De redactieleden beoordelen de kopij en brengen eventueel noodzakelijk geachte correcties aan en vatten hun mening samen op een redactieformulier. Hun bevindingen en publicatieadvies kunnen na ongeveer drie weken worden terugverwacht bij de bureauredactie. Vervolgens wordt de auteur in de gelegenheid gesteld om de kopij waar nodig op het commentaar van de redactieleden aan te passen. Wanneer grote aanpassingen nodig zijn, zal de kopij nogmaals voor een herbeoordeling naar de redactieleden worden gestuurd. Indien de kopij wordt geaccepteerd, krijgt de auteur bericht in welke aflevering deze in principe wordt gepubliceerd.

Nadat met publicatie is ingestemd, wordt de kopij in NMGT-stijl opgemaakt en wordt een proef ter correctie aan de auteur gestuurd. Tot slot ontvangt de auteur de definitieve drukproef. Behoudens zelffouten kan deze drukproef niet meer worden aangepast.

f. Auteursrecht

Door het inzenden van kopij draagt de auteur zijn auteursrechten onvoorwaardelijk over aan de Staat der Nederlanden.

g. Overleg

Voor alle vragen kunt u zich wenden tot de secretaris of eindredacteur. Lees vooral de aanwijzingen in de ontvangstbevestiging welke u ontvangt na het aanbieden van een artikel.

2. TEKST

a. Titel

Kies een korte pakkende titel. Plaats daaronder naam en academische titel van de auteur(s), gevolgd door rang. Functies, namen van instituten, afdelingshoofden of medewerkers worden in een voetnoot opgenomen.

b. Inhoud

Numer de bladzijden van uw kopij. Verdeel uw tekst in hoofdstukken, paragrafen en eventueel subparagrafen. Deze worden niet genummerd, maar moeten wel worden voorzien van een kopje (respectievelijk KOP 1, kop 2, kop 3). Gebruik zo weinig mogelijk afkortingen en dan alleen die welke

in het Nederlandse spraakgebruik gangbaar zijn. Indien wetenschappelijke of militaire afkortingen worden gebruikt dienen deze de eerste maal te worden voorafgegaan door de volledige omschrijving.

c. Literatuuropgave

Het NMGT past het internationaal overeengekomen "Vancouversysteem" toe. In de literatuurlijst mogen slechts bronnen worden vermeld waarnaar in de tekst wordt verwezen. De geciteerde bronnen worden met cijfers boven de regel (sup) aangeduid in de volgorde waarin zij in het artikel voorkomen. Voorbeeld: "Mistinguet⁷ vermeldt een aspect van het fenomeen...". Rangschik uw literatuuropgave per geciteerde bron aldus: naam gevolgd door voorletter(s) van de auteur(s) (na elke voorletter een punt), titel van de publicatie, naam van het tijdschrift (bij boeken naam en plaatsnaam uitgever), jaartal, jaargang (c.q. volume), bladzijden. Voorbeeld: Goldman R.F., Tampietro P.F.: The energy cost of load carriage. J Appl Physiol 1962 (17) 675-678.

Voorzetsels in een persoonsnaam worden geplaatst vóór de eigenaam. Voorbeeld: Van Bommel P.C., De Groot A.

d. Noten en verwijzingen

Beperk u in het gebruik hiervan. De noten worden per artikel en niet per pagina aangeduid met letters boven de regel (sup), in de volgorde waarin zij in het artikel voorkomen. Voorbeeld: "Dit deel van het artikel" beschrijft...". Plaats alle noten op een afzonderlijke bladzijde.

e. Samenvatting

Begin uw artikel met een duidelijke, bondige samenvatting.

f. "Summary"

Voeg bij uw artikel een vertaling van de titel en van de samenvatting in het Engels. Indien een artikel in het Engels is geschreven, voeg dan een Nederlandse titel en samenvatting bij.

3. ILLUSTRATIES

a. Algemeen

Voeg alle illustraties los bij. Plaats deze niet tussen de tekst. Geef in uw tekst aan waar de illustraties behoren te worden opgenomen.

b. Foto's

Gedigitaliseerde foto's hebben de voorkeur boven originele afdrucken van foto's. Lever digitale afbeeldingen aan in JPEG-formaat en 300 ppi (pixels per inch). Een te lage resolutie voor een af te drukken afbeelding resulteert in pixelisatie, grote pixels die een grof uitzien uitvoeren produceren.

c. Tabellen en grafieken

Produceer tabellen en grafieken bij voorkeur in MS Word.

d. Onderschriften

Vermeld de onderschriften op een afzonderlijke bladzijde of aan het einde van het artikel, in volgorde van nummering. Vermeld tevens de bron/fotograaf.

e. Auteursfoto

In het algemeen worden geen auteursfoto's geplaatst. In bijzondere gevallen kan, na overleg, een foto van de auteur(s) met een zeer beknopt curriculum vitae worden bijgevoegd. Plaatsing blijft ook dan afhankelijk van o.a. plaatsruimte.

4. RUBRIEKEN

a. Oorspronkelijke artikelen

Onder deze rubriek vallen de meeste artikelen. De hiervoor geplaatste aanwijzingen zijn hier op van toepassing.

b. Casuïstieke mededelingen

Onder deze rubriek worden korte artikelen geplaatst waarin een bepaalde casus wordt besproken. Opmaken zoals voor een oorspronkelijk artikel.

c. Referaten

Hieronder verstaan wij becommentarieerde uittreksels uit de vakliteratuur. Na de titel dient een duidelijke bronvermelding te worden opgenomen inhoudende de oorspronkelijke titel (in de originele taal), naam schrijver, naam tijdschrift of boek, en jaartal van publicatie.

d. Boekbesprekingen

Een bespreking mag normaliter niet langer zijn dan één pagina A4. De bespreking wordt voorafgegaan door een volledige titelbeschrijving, bevattende titel, auteur, uitgever, plaats, jaar, omvang boek, prijs en ISBN-nummer. Ook een afbeelding van de voorzijde van het boek moet worden meegestuurd (zie 3.b.).

e. Ingezonden mededelingen

In deze rubriek kunnen aankondigingen van evenementen, die voor de lezers van het tijdschrift van belang kunnen zijn, worden opgenomen. De mededeling mag ten hoogste één bladzijde beslaan. De redactie behoudt het recht de mededeling in te korten of al dan niet te plaatsen. Houd rekening met de datum van verschijnen van het tijdschrift. De redactie stelt zich niet aansprakelijk voor te late verschijning van het tijdschrift in relatie tot een aangekondigde datum.

5. HONORARIUM

a. Bedrag

Voor oorspronkelijke artikelen welke niet reeds elders zijn gepubliceerd of voorgedragen € 34,- per gedrukte bladzijde, illustraties inbegrepen.

Voor scripties, voordrachten, artikelen die reeds elders zijn gepubliceerd (mits schriftelijke toestemming van de betrokken redactie wordt overlegd), referaten, studies in dienstverband gemaakt e.d. € 34,- per gedrukte bladzijde, illustraties inbegrepen.

Voor recensies van boekwerken: medewerkers die van de redactie een boek ter recensie ontvangen, mogen het gerecenseerde werk in eigendom behouden, dan wel zij retourneren het boek en ontvangen het hierboven vermelde honorarium.

Voor het opnemen van een ingezonden mededeling wordt geen betaling verlangd, noch een honorarium toegekend.

b. Uitbetaling

De secretaris van de redactie vraagt van de auteur een aantal gegevens d.m.v. een in te vullen "declaratieformulier". De uitbetaling geschiedt door overboeking op een bankrekening enkele weken na publicatie van het artikel, zonder nadere schriftelijke aankondiging. Voor vragen kan men zich tot de secretaris van de redactie wenden.

SUMMARY

NOTICES TO AUTHORS

The above contains information how the papers and letters, intended for publication in the Netherlands Military Medical Review, should be submitted to the editor. For prospective submitters of papers and letters these notices are available in the English language.

NEDERLANDS MILITAIR GENEESKUNDIG TIJDSCHRIFT

MINISTERIE VAN DEFENSIE - DEFENSIE GEZONDHEIDSZORG ORGANISATIE

E-mail: nmgt@mindef.nl